

REGISTRATION FORM

English for Speakers of Other Languages (ESOL)

Please
attach
your
photo
here

First Name:

Family Name:

Date of Birth: (dd/mm/yy) / /

Address:

Email:

Telephone 1: ID Number:

Telephone 2: Name of School:

Date: Signature: _____

- Please write your name as you want it to appear on your certificate
- You should be available on these numbers any time between 8.00 a.m. to 6.00 p.m.
- You need a copy of your passport/ID and a photograph

Please tick which exam you would like to register for:

Specify session date / /

YOUNG LEARNERS <input type="checkbox"/> Starters <input type="checkbox"/> Movers <input type="checkbox"/> Flyers	<input type="checkbox"/> FCE	BEC <input type="checkbox"/> Higher <input type="checkbox"/> Vantage <input type="checkbox"/> Preliminary	<input type="checkbox"/> ILEC
KET <input type="checkbox"/> Computer Based <input type="checkbox"/> Pen & Paper	<input type="checkbox"/> CAE	BULATS <input type="checkbox"/> Computer Based <input type="checkbox"/> Oral	TKT <input type="checkbox"/> Module 1 <input type="checkbox"/> Module 2 <input type="checkbox"/> Module 3 <input type="checkbox"/> Module 4 <input type="checkbox"/> Module 5 <input type="checkbox"/> All
PET <input type="checkbox"/> Computer Based <input type="checkbox"/> Pen & Paper	<input type="checkbox"/> CPE	<input type="checkbox"/> ICFE	

**Office
use
only**

Exam fee: _____

Date of payment: _____

Recpt. No./ECR No.: _____

Administrator's initial: _____

The British Council is committed to equal opportunities and diversity regardless of age, race, gender, marital status, disability, political opinion, or religious belief and as part of your contract with us, you undertake to comply with the British Council's Equal Opportunities Policy when taking your exams.

The United Kingdom's international organisation for educational opportunities and cultural relations. We are registered in England as a charity.

إستمارة التسجيل

English for Speakers of Other Languages (ESOL)

يرجى

إرفاق الصورة

هنا

الإسم الأول:

الشهرة:

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):

العنوان:

بريد إلكتروني:

رقم الهاتف ١:

رقم الهاتف ٢:

التاريخ:

رقم الهوية / جواز السفر:

اسم المدرسة:

الإمضاء:

• الرجاء كتابة الإسم كما ترغب أن يظهر على شهادتك

• يجب أن تكون متوفراً على هذه الأرقام في أي وقت بين الثامنة صباحاً والسادسة مساءً

• أنت بحاجة إلى نسخة عن جواز السفر / بطاقة الهوية الشخصية وصورة شخصية

وتحديد تاريخ الإمتحان

يرجى وضع علامة على الإمتحان الذي ترغب التسجيل به:

YOUNG LEARNERS <input type="checkbox"/> Starters <input type="checkbox"/> Movers <input type="checkbox"/> Flyers	<input type="checkbox"/> FCE	BEC <input type="checkbox"/> Higher <input type="checkbox"/> Vantage <input type="checkbox"/> Preliminary	<input type="checkbox"/> ILEC
KET <input type="checkbox"/> Computer Based <input type="checkbox"/> Pen & Paper	<input type="checkbox"/> CAE	BULATS <input type="checkbox"/> Computer Based <input type="checkbox"/> Oral	TKT <input type="checkbox"/> Module 1 <input type="checkbox"/> Module 2 <input type="checkbox"/> Module 3 <input type="checkbox"/> Module 4 <input type="checkbox"/> Module 5 <input type="checkbox"/> All
PET <input type="checkbox"/> Computer Based <input type="checkbox"/> Pen & Paper	<input type="checkbox"/> CPE	<input type="checkbox"/> ICFE	

رسم الامتحان:

تاريخ الدفع:

رقم الوصل:

إمضاء المسؤول:

استعمال

المكتب

فقط