

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: _____

Home Tel: _____ ID Number: _____

Mobile: _____ 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.

إستمارة التسجيل

English for Speakers of Other Languages (ESOL)

يرجى
إرفاق الصورة
هنا

الإسم الأول: _____

الشهرة: _____

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

رقم الهوية / جواز السفر: _____

خليوي: _____

اسم المدرسة: _____

التاريخ: _____

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