PHOTO

سفارة المملكة العربية السعودية
القسم القنصلي - لندن

EMBASSY OF THE KINGDOM OF SAUDI ARABIA
CONSULAR SECTION
30 Charles Street, Mayfair, London W1X 8LP
Telephone: 020 7917 3000 Fax: 020 7917 3255

طلب للإقامة أو الزيارة العائلية

FAMILY VISIT OR RESIDENCY VISA APPLICATION

FOR OFFICIAL USE ONLY

Full Name : الأسم الكامل :

Family Name : الأسم العائلي :

Date of Birth : تاريخ الولادة : Place of Birth : محل الولادة :

Previous Nationality : الجنسية السابقة : Present Nationality : الجنسية الحالية :

Profession : المهنة :

Sex : أنثي Female ذكر Male الجنس : Marital Status : الحالة الاجتماعية :

Sect : المذهب : Mother's Name : أسم الأم: Religion : الديانة :

Permanent Address & Telephone Number in the UK of Applicant : العنوان الدائم ورقم التليفون في بريطانيا لمقدم الطلب :

Name, Address & Telephone Number Of Relatives In Saudi Arabia : أسماء الأقارب والعنوان والتليفون في المملكة العربية السعودية :

Authorization No. : تعميد وزارة الخارجية :

Passport Number & Place of Issue : رقم الجواز ومحل الاصدار :

Date of Issue : تاريخ الإصدار : Expiry Date : إنتهاء الصلاحية :

Duration Of Stay In Saudi Arabia : مدة الإقامة في المملكة العربية السعودية :

Dependants Travelling on the Same Passport : أفراد العائلة (المضافين) على نفس جواز السفر :

نوع الصلة Relationship	تاريخ الميلاد Date of Birth	الجنس Sex	الإسم الكامل Full Name

I, the undersigned, hereby certify that all the information I have provided is correct and I will abide by the laws of Saudi Arabia during the period of my residence in it.

أنا الموقع أدناه أقر بأن كل المعلومات التى دونتها صحيحة وساكون ملتزماً بقوانين المملكة العربية السعودية أثناء فترة وجودى بها.

Applicant's Signature : Date : توقيع مقدم الطلب : التاريخ :

For Official Use Only :

	مدة الإقامة		رقم التأشيرة
	المدقق		تاريخها
	المختص		صلاحيتها

IMPORTANT : THIS SECTION MUST BE COMPLETED FULLY

Point of entry into Saudi Arabia :

Full Name : Nationality :

Company Name and Address in The UK : Tel No. :

Name & Address of Government Dept. or company being visited in Saudi Arabia : Proposed Departure Date :

What is your Profession : Length of stay : City of Embarkation : Via Airline :

تحذير: الإعدام هو عقوبة من يقوم بنشر المخدرات أو تهريبها أو ترويجها في المملكة العربية السعودية.

WARNING: Capital punishment is the penalty for smuggling, promoting or circulating illegal drugs and narcotics in Saudi Arabia.

Saudi Arabia Declaration Form

أنا الموقع أدناه أوافق على أخذ بصمة الأصابع وقزحية العين كإجراء للتقدم بطلب تأشيرة دخول للمملكة العربية السعودية وأقر بإدراك وحرية كاملة بما يلي:

1. أن كل المعلومات التي دونتها صحيحة، وأتعهد بأنه خلال إقامتي في المملكة العربية السعودية سوف التزم بكافة قوانينها وأنظمتها واحترام العادات والتقاليد الإسلامية لشعبها .
2. أنني على علم تام بأن جميع المواد المسكرة والعقاقير المخدرة والمواد والمطبوعات المخلة بالآداب العامة وجميع المطبوعات التي لها مساس بأي معتقدات دينية أو أي اتجاهات سياسية وتتعارض مع الدين الإسلامي ممنوعة من دخول المملكة .
3. أنه لم يسبق ترحيلي من المملكة العربية السعودية أو أي دولة من دول مجلس التعاون الخليجي، أو مخالفة الأنظمة المرعية بها.
4. أتعهد بمغادرة المملكة قبل انتهاء مدة الإقامه المحددة في تأشيرة الدخول ، كما أنني على علم تام بان مخالفتي للأنظمة المرعية في المملكة أو ارتكابي لأحد المحظورات المذكورة أعلاه أو تلك المدونة على تأشيرة الدخول سوف يعرضني للجزاء وتطبق العقوبات المنصوص عليها في تنظيم معامله القادمين للمملكة بتأشيرات دخول الصادر بالمرسوم الملكي رقم م 42 وتاريخ 1404/10/18هـ .
5. أقر بالعلم أن عقوبة تهريب المخدرات إلى المملكه أو ترويجها داخلها هي القتل.
6. أقر وأتعهد مجدداً بأن جميع المعلومات التي دونتها صحيحة وأتحمل كامل المسئولية عنها، وفي حال ثبوت خلاف ذلك -أو اتضح أنني مدرج على قائمة الممنوعين- فإنه سوف يتم رفض طلبي . أو إلغاء التأشيرة آليا في حال حصولي عليها ، أو عدم السماح لي من دخول المملكة العربية السعودية في حال كان لدي تأشيرة سارية ،وأقر بحق السلطات السعودية في إعادتي من منفذ الدخول على حسابي الخاص وليس لي الحق في المطالبة بالتعويض.

الإسم : .....

التوقيع : .....

التاريخ : .....

I hereby agree to take a fingerprint and iris of the eye as a procedure to apply for a visa to enter the Kingdom of Saudi Arabia and I am aware of the following:

1. That all the information I provided is true, and I pledge that during my stay in Saudi Arabia I will Obey the laws and regulations and respect the Islamic tradtions of its people.
2. I am fully aware that all intoxicating substances, drugs, material and all publications that contain a prejudice to any religious beliefs or political trends and which contradict the Islamic religion are banned from entering the Kingdom.
3. I have never been deported from the Kingdom of Saudi Arabia or any country of the Gulf Cooperation Council, or in contravention of the regulations in force.
4. I pledge to leave the kingdom before the end of the length of stay specified in the visa, I am also fully aware that breaking the regulations in force in the Kingdom or committing one of the prohibitions mentioned above, or those written on the visa will expose me to the penalty and the application of the penalties mentioned in the Royal Decree No. M 42, 10.18.1404 e .
4. I Acknowledge that death is the penalty for smuggling drugs into the United Kingdom of Saudi Arabia.
5. I Acknowledge and I pledge again that all the information I provided is true and I take full responsibility for it, and if proven otherwise - or I was on the banned list - my application will be rejected, or my visa will be automatically cancelled, or I will be refused entry to the Kingdom of Saudi Arabia in case I had a valid visa, and I recognize the right of the Saudi authorities in the port of entry to decline entry and I do not have the right to claim compensation.

Name: .....

Signature: .....

Date: ....

MEDICAL REPORT

PHOTO	NAME:
	PASSPORT NO:
	POSITION APPLIED FOR:

PAST MEDICAL HISTORY

A) Venereal Disease .....

B) Any Significant Illness .....

LEFT EAR:	
RIGHT EAR:	
LEFT EYE:	
RIGHT EYE:	
SURGERY:	
CXR:	
LIVER	a) LFT:
	b) Vaccines:
BILHARZIA:	
TB:	
MALARIA:	
DM (URINE ANALYSIS):	
BP:	
SEROLOGY VDRL / TPHA:	
HIV ANTIBODY:	
PREGNANCY (if applicable):	
ANTI HBe:	
ANTI HBs:	
ANTI HBc:	TOTAL:
	IgG:
	IgM:
HBcAg:	
HCAb:	
OTHER DISEASE:	
The above person is :	Fit for employment NOT fit for employment
Physician:	
Address:	
Signature:	Datcd:

Official Seal of Physician / Practice or Hospital