



سفارة المملكة العربية السعودية  
واشنطن  
القسم القنصلي

Royal Embassy of Saudi Arabia  
Washington  
Consular Section

الإسم الكامل:	Last Name:	Middle Name:	First Name:
إسم الأم:	Mother's Name:		
محل الولادة:	Place of Birth:	تاريخ الولادة:	Date of Birth:
الجنسية الحالية:	Present Nationality:	الجنسية السابقة:	Previous Nationality:
رقم الجواز:	Passport No:		
تاريخ الإصدار:	Date of Issue:		
محل الإصدار:	Place of Issue:		
تاريخ انتهاء صلاحية الجواز:	Expiration Date:		
الحالة الاجتماعية:	Martial Status:	الجنس:	Sex: Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/>
الديانة:	Religion:		
المهنة:	Qualification:	المزهل الطمي:	Profession:
عنوان المنزل ورقم الهاتف:	Home Address and Telephone No.:		
البريد الإلكتروني:	E-mail Address:		
عنوان الشركة (المؤسسة) ورقم الهاتف:	Business Address and Telephone No.:		

الغاية من السفر:	سياحة	تجارية	خاصة	دبلوماسية	حج	اقامة	عمرة	زيارة
سيرة	Tourism	Business	Official	Diplomat	Hajj	Residence	Umrah	Visit
تعدد عودة	Re-Entry	زيارة حكومية	رجل أعمال	زيارة عمل	زيارة عائلة	دراسية	مرور	عمل
Re-Entry	Government	Businessmen	Work Visit	Family Visit	Student	Transit	Employment	

طريقة الدفع:	Money Order:	Company Check:	Method of Payment:
اسم وعنوان الشركة أو اسم الشخص الداعي وعنوانه بالمملكة:	Name and Address of Company or Individual invitee in the Kingdom:		
اسم المحرم:	اسم المحرم:		

اسم المرافق:	اسم المرافق:	علاقته:	Relationship of the person traveling with:
اسم المرافق:	Name of traveling companion:		
معلومات السفر:	معلومات السفر:		
تاريخ الوصول في السعودية:	Date of arrival in Saudi Arabia:	طريق الطيران:	Via Airline:
رقم الرحلة:	Flight No.:		
مدينة المغادرة:	City of Embarkation:	ميناء الدخول:	Port of Entry:
مدة الإقامة في المملكة:	Duration of Stay in the Kingdom:		

\*\*\* Application must be filed out its entirety \*\*\*

I, the undersigned, hereby certify that:

- I agree to have my fingerprints taken and my retinal scanned.
- All the information provided is correct. I will abide by the laws of the Kingdom during the period of my residence.

أنا الموقع أدناه وافق على أخذ بصمة الاصابع وقزحية العين

أقر بأن كل المعلومات التي دونتها صحيحة وسأكون ملتزماً بقوانين المملكة أثناء فترة وجودي بها.

الإسم:	التوقيع:	التاريخ:
Name:	Signature:	Date: