

MEDICAL INFORMATION**معلومات الطالب الصحية**

Name of Child / اسم الطالب : _____

Date of Birth / تاريخ الميلاد : _____

Please complete the form below. If you tick 'yes', please explain further, or provide us with the necessary documentation.

برجاء تعبئة النموذج أدناه، وفي حال كان اختيارك "بنعم"، يرجى التوضيح وتوفير المستندات الضرورية:

1. Does your child have any allergies?

هل يعاني طفلك من أي نوع من الحساسية؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

2. Does your child have asthma?

هل يعاني طفلك من الربو؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

3. Does your child suffer from epilepsy?

هل يعاني طفلك من الصرع؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

4. Does your child have any problems with his/her vision?

هل يعاني الطفل من مشكل في النظر أو الرؤية؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

5. Does your child have any hearing problems?

هل يعاني طفلك من مشاكل في السمع؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

6. Does your child suffer from heart problems, or are there any heart diseases in the family?

هل يعاني طفلك من مشاكل في القلب او يوجد تاريخ لامراض القلب في العائلة ؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

7. Is your child allergic to any medication?

هل لدى طفلك حساسية من أي دواء ؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

8. Does your child currently take medication?

هل يتناول طفلك في الوقت الحالي أية ادوية ؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

9. Are there any other medical problems, the school should be made aware of (i.e. diabetes, etc.)

هل يعاني طفلك من أي مشاكل اخرى يجب ان تكون المدرسة على علم بها (مثل مرض السكري، أو غيره) ؟

 Yes / نعم No / لا

If yes, provide details:

في حالة نعم ، يرجى التوضيح

I, as a parent/guardian, authorise the school to make informed decisions about the health of my child, and to seek appropriate treatment for my child in case of any medical emergency that may endanger my child's life.

كولي أمر ، أخول المدرسة بأخذ قرارات واعية فيما يخص صحة طفلي، والسعي الى العلاج المناسب لطفلي في حال وجود أي حالة طبية طارئة قد تشكل خطرا على حياته.

 Yes / نعم No / لا

I do, herewith, confirm that the information provided above is correct to the best of my knowledge. I also agree to update the school office, should any of the information change in the future.

اتعهد وأقر أن جميع المعلومات السابقة صحيحة ، وسوف أقوم بتحديث المعلومات في حال وجود تعديل أو تغيير في المستقبل.

Name of Parent / اسم ولي الأمر : _____

Signature / التوقيع : _____ Date / التاريخ : _____