



First Name: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_

Family Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

**1- Does your child currently take any medication?**

Yes  No

If yes, please specify: why, dose and frequency \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2- Has your child ever been hospitalised?**

Yes  No

If yes, please specify, when and what for? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3- Is there a history of colour blindness in your family or any other visual problems?**

Yes  No

If yes, please explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(If yes, kindly submit an updated medical report)

**4- Does your child have speech problems?**

Yes  No

If yes, please explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(If yes, kindly submit an updated medical report)

**5- Does your child have difficulty in hearing?**

Yes  No

If yes, please explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(If yes, kindly submit an updated medical report)

## 6- Do you have any objection to the school doctor/nurse examining your child?

Yes  No

## 7- Does your child suffer from any of the following conditions?

Medical condition	Yes	No	Medication
Asthma الربو الصدرى			
Diabetes السكرى			
Epilepsy داء الصرع			
Hay fever الحساسية الربيعية الحمى الربيعية			
Tuberculosis السل			
Eczema الأكزيما			
Heart Disease أمراض القلب			

Others, please explain \_\_\_\_\_

## 8- Does your child have an allergy history?

### Allergen

Eggs البيض	Peanuts الفول السوداني	Seafood المأكولات البحرية	Wheat القمح	Insects الحشرات
Latex اللاتكس	Medication الدواء	Dairy products منتجات الألبان	Fruits الفواكه	Others أشياء أخرى

Please specify \_\_\_\_\_

### Reaction

Eczema الأكزيما	Rash الطفح الجلدى	Hives الشرى الجلدى	Eye swelling تورم العين	Hoarse voice البحة فى الصوت
Mouth swelling تورم الفم	Wheezing الصفير	Vomiting/ diarrhea التقيؤ / الإسهال	Passing out الإغماء	Others أشياء أخرى

Please specify \_\_\_\_\_

### Intervention needed

None لا شيء	ER visit زيارة الطوارئ	Medication الدواء	Hospitalization الرعاية الصحية فى المستشفى	Others أشياء أخرى
-------------	------------------------	-------------------	--	-------------------

Please specify \_\_\_\_\_

## 9- Has your child had any of the following inoculations?

If yes, please fill in the date of the last vaccine.

Vaccine	Date of last taken vaccine
BCG (السلّ الدرّث)	/
Hepatitis B (التهاب الكبد الوبائى)	/
MMR (measles, mumps, rubella) (حصبة المانية، أبو كعب)	/
Chicken Pox / Varicella (جدرن الماء)	/
DPT (diphtheria, tetanus, pertussis) (ثلاثى خانوق، شاهوق، كزاز)	/
Polio (OPV) (شلل الأطفال)	/
HIB (haemophilus influenza) (هيموفيلوس انفلوانزا-السحايا)	/
DT (diphtheria, tetanus) (الخانوق، الكزاز)	/
Rotarix (فيروس الروتا)	/
Hepatitis A (التهاب الكبد الوبائى A)	/
Meningitis (السحايا)	/
Typhoid (التيفويد)	/
Other: please specify	

(Kindly attach a copy of the vaccination card)

## 10- Has your child suffered from any of the following illnesses?

Disease	Yes	No	Year
Measles (الحصبة)			
Mumps (أبو كعب)			
German Measles (الحصبة الألمانية)			
Chicken Pox (جدرن الماء)			
Tuberculosis (السلّ)			
Whooping Cough (السعال الديكى)			
Other: please specify			

## 11- In case of accidents or other emergencies - give three sources to be contacted


If these sources cannot be contacted the student will be taken to the nearest hospital

I, Mr./Mrs. \_\_\_\_\_ Parent of the student \_\_\_\_\_  
Agree  Disagree  For the school to take my daughter/son, in Grade \_\_\_\_\_  
To the hospital in case of any emergency to her/him God forbid.

أنا الموقع أدناه السيد \_\_\_\_\_ ولى أمر الطالب/الطالبة \_\_\_\_\_  
 أوافق  لا أوافق على أن تتولى المدرسة إرسال ابني/ابنتي فى الصف \_\_\_\_\_  
إلى المستشفى إذا حصل له/لها أى طارئ، لا سمح الله.

Signature \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_

If your child is to be administered a medication from your doctor during school hours, it should be given to the school nurse first thing in the morning with an accompanying letter from the parents or doctor. It can be then collected from the clinic before going home. Please clearly write the child's name, class, time and dose of the medication. Medicines are not to be kept with children. Students, who are using school transportation, can leave their medicines with the bus assistants.

I Mr./Mrs \_\_\_\_\_, parent of the student \_\_\_\_\_, hereby certify that the information provided in this form is true and assume responsibility for any missing health-related information (illness and/or allergy), and I shall be responsible for and shall release and indemnify \_\_\_\_\_, its employees, from and against all liability arising from all illnesses or allergies my child has, and the consequences that might result.

I understand that any false or misleading information or significant omissions may entitle the school to reconsider my child's attendance at school.

I agree to immediately notify the school should any illnesses develop.

ففي حال كان على الطالب أن يأخذ دواءً خلال ساعات الدوام المدرسي، فيتوجب عليه إعطاء الدواء إلى ممرضة المدرسة صباحاً مع إرفاق رسالة من ولي أمر الطالب أو من طبيبه، ويتم أخذ الدواء من العيادة قبل مغادرة الطالب إلى المنزل.

يرجى كتابة اسم الطالب وصفه بشكل واضح وتدوين وقت أخذ الدواء والجرعة المحددة.

يمنع ترك الأدوية مع الطالب، بالنسبة للطلاب الذين يستعملون المواصلات المدرسية يتوجب عليهم ترك الأدوية مع مشرفة الباص.

أنا السيد \_\_\_\_\_ ولي أمر الطالب/الطالبة \_\_\_\_\_ أؤكد صحة المعلومات الواردة في هذا النموذج وأتحمّل كامل المسؤولية عن أي خطأ أو نقص بمعلومات المتعلقة بصحة ابني/ابنتي (مرض أو حساسية) وسوف أتحمّل مسؤولية كاملة دون تحميل \_\_\_\_\_ وموظفيها أي تعويض عن الأضرار الناتجة عن وجود أية مضاعفات تنتج عن هذا المرض أو الحساسية.

وسأفهم أن أية معلومات غير صحيحة أو منقوطة تخول المدرسة وتعطيها الحق في إعادة النظر في قبول ابني وتسجيله في المدرسة.

وسأتعهد بإبلاغ المدرسة حول أية تطورات في المرض أو الحساسية قد تنتج فيما بعد.

**Name** \_\_\_\_\_ **الإسم**  
**Date** \_\_\_\_\_ **التاريخ**  
**Signature** \_\_\_\_\_ **التوقيع**

### For School Use.

Remarks \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date checked: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dr./Nurse Signature: \_\_\_\_\_  
طبيب / ممرضة