

## بطاقة التعريف الصحية

### Medical Entrance Form

Academic Year \_\_\_\_\_ السنة الدراسية

السادة أولياء أمور الطالبات، نفيديكم علماً بأن المعلومات الخاصة بالطالبة ستعامل بسرية تامة ولن يطلع عليها سوى ممرضة المدرسة ومديرة المدرسة. لذا نرجو التكرم باطلاعنا على كل ما يتعلق بصحة الطالبة وتعبئة النموذج المرفق حتى نتمكن من المساعدة بالطريقة الصحيحة،

Dear parents/ guarding, you are kindly requested to complete the following form, knowing that the information provided will be seen by the school's nurse and the principal only. You are therefore required to advise the school of any changes related to your child's health.

Information about the student / معلومات عن الطالب (ة)			
اسم الطالبة الثلاثي (مطابقاً لجواز السفر) Student's Name (As stated in the PASSPORT)			
Family Name / إسم العائلة	Father's Name / إسم الأب	Name / الاسم	
Date of Birth (Gregorian) تاريخ الميلاد (ميلادي)			
Year / السنة	Month / الشهر	Day / اليوم	
Date of Birth (Hijri) تاريخ الميلاد (هجري)			
Year / السنة	Month / الشهر	Day / اليوم	
<input type="checkbox"/> Arabic العربي <input type="checkbox"/> American الأمريكي	Program البرنامج	Applying for Grade التقديم لفصل	

هل تعرضت ابنتكم لأي من هذه الحالات؟ الرجاء الإجابة بنعم أو لا وعدم ترك أي فراغ. Has your child ever had or is suffering from: - write YES or NO. Do not leave any questions unanswered.							
السعال الديكي Whooping cough		داء السكري Diabetes		الصرع Epilepsy		ارتفاع ضغط الدم High Blood Pressure	
صعوبة التعلم ADHD/ADD		الربو Asthma		التهاب الكبد ب Hepatitis B		انخفاض ضغط الدم Low Blood Pressure	
مشكلة في النطق Speech deficiency		إصابات/عمليات في الظهر Back injuries/surgeries		نزيف الأنف Nose Bleed		فقر الدم Anemia	
الحصبة Measles		كثرة التبول Frequent urination		ضعف النظر Sight problem		ضعف السمع Hearing difficulty	

هل تعاني ابنتكم من أي مشاكل نفسية؟ ( اكتئاب ، فقدان ذاكرة ، انطوائية ، توتر زائد ....).  
Does your child have any psychological related difficulties? (Clinical depression, memory loss, introversion, anxiety...)

---

---

الحساسية Allergies هل تعاني ابنتكم من الحساسية من العناصر التالية؟  
Does your child have any Allergies from the following?

No لا ☐

Yes (Please explain) (الرجاء التوضيح) نعم ☐

الأدوية Allergies to medicines

---

---

No لا ☐

Yes (Please explain) (الرجاء التوضيح) نعم ☐

طعام معين Food Allergies

---

---

المنظفات المنزلية، الحشرات، النباتات، الحيوانات، المنتجات الورقية أو غير الورقية التي تستخدم في الحمام؟  
Allergies from: Household products, insects, plants, animals, toiletries?

No لا ☐ Yes (Please explain) (الرجاء التوضيح) نعم ☐

---

---

No لا ☐

Yes (Please give details) (الرجاء التوضيح) نعم ☐

أخرى ؟ Other?

---

---

هل تعاني ابنتكم من أي حالة تؤثر على الحركة، القوة الجسدية أو اللياقة لديها؟  
Does your daughter have any physical condition which affects her mobility, strength or fitness?

No لا ☐ Yes (Please give details) (الرجاء التوضيح) نعم ☐

---

---

إذا كانت ابنتكم تتناول الدواء بشكل منتظم، نرجو تحديد اسم الدواء، الجرعة و التوقيت.  
Please indicate any medication treatment your daughter should be taking during school hours, medicine's name, time and dose.

---

---

الرجاء إضافة أي معلومات خاصة بالحالة الصحية لابنتكم إذا لم يتم ذكرها في الأسئلة السابقة.  
Please add here any other information concerning your child's health which has not been covered by the above questions.

في حالة الطوارئ لا سمح الله، أوافق أن تقوم المدرسة بالإسعافات الأولية لابنتي وإرسالها إلى أقرب مستشفى (مستشفى الأطباء المتحدون) إذا لزم الأمر.  
In case of an emergency, I give permission to the school to give emergency care to my child or take her to the nearest hospital (United Doctor's Hospital) for immediate care.

☐ I agree أوافق

☐ I don't agree لا أوافق

\*\*\*\*\*

\*\*

أؤكد أن المعلومات المذكورة أعلاه والمتعلقة بالحالة الصحية لابنتي صحيحة وكاملة.  
I declare that all information given above and to the best of my knowledge is accurate and complete.

Parent/ Guardian Signature : \_\_\_\_\_ توقيع ولي امر الطالبة

Date: / / التاريخ: / /