

بطاقة التعريف الصحية
Medical Entrance Form

Academic Year _____ السنة الدراسية

السادة أولياء الأمور، نفيديكم علماً بأن المعلومات الخاصة بالطالبة ستعامل بسرية تامة. 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 privately shared.

معلومات عن الطالب (ة) / Information about the student			
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	
رقم بطاقة أحوال الطالبة أو الإقامة Student National ID or Iqama No.		رقم بطاقة أحوال الأب أو الإقامة Father National ID or Iqama No.	
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	
التقدم لفصل Applying for Grade		البرنامج Program	
<input type="checkbox"/> Arabic العربي <input type="checkbox"/> American الأمريكي		Membership Number رقم الاشتراك	
Name of Insurance Company اسم شركة التأمين			

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.

ارتفاع ضغط الدم High Blood Pressure	الصرع Epilepsy	داء السكري Diabetes	السعال الديكي Whooping cough
انخفاض ضغط الدم Low Blood Pressure	التهاب الكبد ب Hepatitis B	الربو Asthma	صعوبة التعلم ADHD/ADD
فقر الدم Anemia	نزيف الأنف Nose Bleed	إصابات/عمليات في الظهر Back injuries/surgeries	مشكلة في النطق Speech deficiency
ضعف السمع Hearing difficulty	ضعف النظر Sight problem	كثرة التبول Frequent urination	الحصبة Measles

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 : / /