



Academic Year 20__ - __

First Name: _____

Father's Name: _____

Family Name: _____

Date of Birth: _____
(Day/Month/Year)

Grade: _____

1) Does your child currently take any medication?

Yes No

If yes, please specify reason, dose, and frequency. _____

2) Has your child ever been hospitalized?

Yes No

If yes, please explain. _____

3) Does your child have any problems with his/her eyesight?

Yes No

If yes, please explain. _____

4) Does your child have speech problems?

Yes No

If yes, please explain. _____

5) Does your child have difficulty in hearing?

Yes No

If yes, please explain. _____

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 الحكة			
Heart Disease أمراض القلب			

If others, please explain. _____

8) Does your child have an allergy history?

Allergen

Eggs	Peanuts	Seafood	Wheat	Insects
Latex	Medication	Dairy Products	Fruits	Other(s)

Please specify: _____

Reaction

Eczema	Rash	Hives	Eye Swelling	Hoarse Voice
Mouth Swelling	Wheezing	Vomiting/Diarrhea	Fainting	Other(s)

Please specify: _____

Intervention needed

None	ER Visit	Medication	Hospitalization	Other(s)
------	----------	------------	-----------------	----------

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 (Day/Month/Year)
BCG (الدرن)	/ /
Hepatitis B (التهاب الكبد الوبائي B)	/ /
MMR (measles, mumps, rubella) (حصبة الحصبة الألمانية، أبو كعب)	/ /
Chicken Pox / Varicella (جدري الماء)	/ /
DPT (diphtheria, tetanus, pertussis) (ثلاثي: خناق، شاهوق، كزاز)	/ /
Polio (OPV) (شلل الأطفال)	/ /
HIB (haemophilus influenza) (هيموفيلوس انفلوانزا-السحايا)	/ /
DT (diphtheria, tetanus) (الخناق، الكزاز)	/ /
Rotarix (فيروس الروتا)	/ /
Hepatitis A (التهاب الكبد الوبائي A)	/ /
Meningitis (السحايا)	/ /
Typhoid (التيفوئيد)	/ /
If other(s), 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 (جدري الماء)			
Tuberculosis (السل)			
Whooping Cough (السعال الديكي)			
If other(s), please specify.			

11) Please list three people that can be contacted in case of accidents or other emergencies.

Name:	Phone:
Name:	Phone:
Name:	Phone:

If the school cannot get in touch with any of the designated persons, 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.

أنا الموقع أدناه السيد _____ ولي أمر الطالب/الطالبة _____
 أوافق لا أوافق على أن تتولى المدرسة إرسال ابني/ابنتي في الصف _____
إلى المستشفى إذا حصل له/لها أي طارئ، لا سمح الله.

Signature _____ التوقيع _____

If your child is to be administered a medication from your doctor during school hours, it will 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 the school's transportation, can leave their medicines with the bus assistants.

I Mr./Mrs _____, parent of the student _____, hereby certify that the information provided on 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.

في حال كان على الطالب أن يأخذ دواءً خلال ساعات الدوام المدرسي، فيتوجب عليه إعطاء الدواء إلى طبيبة 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:**
(Day/Month/Year)
Signature: _____ **التوقيع:**

For School Use.

Remarks: _____

Date Checked: _____ / _____ / _____ Dr./Nurse Signature: _____
(Day/Month/Year)