

Student's Name:
School: **Grade:** **Section:**
DOB:
Nationality:
Student's No:
Emirates ID No:

اسم الطالب:
المدرسة: **الصف:** **الشعبة:**
تاريخ الميلاد:
الجنسية:
رقم الطالب المدرسي:
رقم الهوية الإماراتية:

I, the undersigned, agree that health services shall be offered in the school's clinic for my son/ daughter by the school nurse.

أنا الموقع أدناه أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في عيادة المدرسة بواسطة ممرض/ة الصحة المدرسية.

I also agree that these health services will remain provided to my son/daughter and effective until I either refuse these health services or he/ she is transferred from the public schools.

أن موافقتي على هذه الخدمات الصحية تبقى سارية المفعول لحين أقوم أنا برفض تقديم هذه الخدمات لابني/ ابنتي أو لحين انتقاله / انتقالها من المدارس الحكومية.

My consent involves a general approval of curative and /or preventive services that may include first aid, screening for height, weight, vision acuity, colour blindness (for Grade 5 students only), vaccination, and referral to primary health care centres or emergency room when necessary& to administer the following emergency medications when needed:

أن موافقتي على هذه الخدمات الصحية هي موافقة عامة على أي إجراءات وقائية وعلاجية، وتشمل على سبيل المثال، الاسعافات الأولية، قياس الوزن والطول، فحص حدة الإبصار، فحص عمى الألوان (لطلاب الصف الخامس فقط)، التطعيمات، والتحويل إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية و قسم الطوارئ، وإعطاء الأدوية التالية عند الضرورة:

1. Paracetamol to control mild to moderate pain and fever.
2. Antihistamine cream (topical) for mild Allergy
3. Epinephrine in a severe allergic reaction
4. Ventolin Inhaler (Salbutamol) to control asthma symptoms.
5. Oxygen therapy in case of low oxygen concentration in the blood

1. بنادول (باراسيتامول) لتقليل الألم الخفيف والمتوسط وتخفيض الحرارة.
2. كريم موضعي لعلاج الحساسية البسيطة.
3. إبينيفرين في حالة الحساسية الحادة.
4. فنتولين بخاخ (سالبوتامول) لعلاج أعراض أزمة الربو.
5. الأكسجين في حالة انخفاض نسبة الأكسجين في الدم

Please list any precautions or contraindications to the above medications that the school nurse needs to know:

الرجاء ذكر أي موانع لاستخدام الأدوية أو أي إحتياطات طبية على الممرض / الممرضة أن يعرفها: .

.....

.....

(In case of refusal, the above services will not be offered except in emergency situations which require immediate intervention.)

(في حال عدم موافقتكم، يرجى العلم بأنه لن نستطيع تقديم هذه الخدمات عند حاجة ابنكم/ابنتكم لها الا في الحالات الطارئة التي تتطلب تدخلا السريع.)

If my son/daughter needs to be transferred to the clinic or emergency room in either my absence or the legal guardian's absence, then I authorize the school to transfer him/her as needed.

إذا أصيب ابني/ ابنتي بأي حالة طارئة تستدعي النقل الى العيادة أو الطوارئ، ولم أكن متواجداً أو من ينوب عني، فاني أعطي الصلاحية لإدارة المدرسة لنقله/ نقلها حسب الحاجة.

I also understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to DOH data management and standards requirements policy.

إن الملف الصحي وثيقة سرية . يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة إدارة البيانات ومتطلبات دائرة الصحة لإمارة أبوظبي.

The following school personnel will be notified about my child's medical condition

سيتم اعلام أفراد الكادر المدرسي التالي ذكرهم عن حالة ابني/ ابنتي الصحية:

- ☐ School Personnel that have contact with my child
☐ School administration only

- ☐ أفراد الكادر المدرسي المخالط لابني/ ابنتي
☐ أفراد الإدارة المدرسية فقط

Name of student's Parent / guardian:

اسم ولي الأمر.....

Signature of student's Parent / guardian...

توقيع ولي الأمر.....

Relation to the student:

صلة القرابة.....

Tel #:

رقم الهاتف.....

Date:

التاريخ:

☐ I agree that health services will be offered for my son/ daughter in the school

☐ أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في المدرسة

☐ I don't agree that health services will be offered for my son/ daughter in the school

☐ لا أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في المدرسة

ID/الرقم الوظيفي:

اسم الممرض/ Nurse's Name: