

Dear Parent / Guardian:

عزيزي ولي أمر الطالب/الطالبة:

Please fill out this form about your son/daughter's health condition. Answer Yes or No, if your answer is yes please provide dates and more details in the guardian's comments box..

يرجى تعبئة هذه الاستمارة عن صحة ابنكم/ابنتكم يرجى تعبئة هذه الاستمارة عن صحة ابنكم/ابنتكم بالاجابة بنعم أو لا. اذا كانت الاجابة نعم الرجاء كتابة التواريخ و التفاصيل في خانة الملاحظات مع مراعاة الدقة ، حتى تتمكن من متابعة حالته/حالتها الصحية مع تمنياتنا للجميع بالصحة والعافية.

Student's Name:.....

اسم الطالب:.....

School:.....Grade:.....Section:.....

المدرسة:.....الصف:.....الشعبة:.....

DOB:.....

تاريخ الميلاد:.....

Student's No:.....

رقم الطالب المدرسي:.....

Nationality:.....

الجنسية:.....

Emirates ID No:

رقم الهوية الإماراتية:

	Health Problems / المشاكل الصحية	Yes/نعم	No/لا	Comments/ملاحظات
1	Has the student suffered from any allergy? Medication, food, Dust. Please specify هل يعاني الطالب/ة من أية حساسية دواء / أطعمة / أبخرة يرجى ذكرها؟			
2	Does the student suffer from heart diseases? هل يعاني الطالب/ة من أمراض القلب؟			
3	Does the student suffer from diabetes? هل يعاني الطالب/ة من مرض السكري؟			
4	Does the student suffer from hypertension (high blood pressure)? هل يعاني الطالب/ة من مرض ارتفاع ضغط الدم؟			
5	Does the student suffer from Bronchial Asthma? هل الطالب/ة مصاب بالربو؟			
6	Does the student suffer from chronic kidney diseases? هل يعاني الطالب/ة من أمراض الكلى المزمنة؟			
7	Does the student suffer from chronic urinary tract infection? هل يعاني الطالب/ة من التهاب المجاري البولية المزمن؟			
8	Does the student suffer from epilepsy? هل يعاني الطالب/ة من مرض الصرع؟			
9	Does the student suffer from G6PD (beans anemia)? هل الطالب/ة مصاب بمرض أنيميا الفول(تكسر الدم)؟			
10	Does the student suffer from Thalassemia, Sickle cell, Hemophilia? Please specify هل الطالب مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، الانيميا المنجلية، الهيموفيليا) يرجى ذكرها			
11	Does the student suffer from recurrent nose bleeding? هل يعاني الطالب/ة من رعاف متكرر (نزيف الأنف)؟			
12	Does the student suffer from any skin diseases? هل يعاني الطالب/ة من أية أمراض جلدية؟			
13	Does the student suffer from eye diseases (e.g. Hyperopia or Myopia)? هل يعاني الطالب/ة من مشاكل صحية في العيون (طول نظر أو قصر نظر)؟			
14	Has the student had any previous surgery? Please specify هل سبق أن اجريت للطالب/ة عمليات جراحية؟ ما هي؟			
15	Has the student been admitted to the hospital? Please specify هل أدخل الطالب/ة للمستشفى من قبل؟ أذكر السبب			
16	Does the student use Assistive Medical Devices? (Hearing aid, Crutches, wheelchair..) Please specify هل يستخدم الطالب/ة أجهزة طبية مساعدة (سماعة طبية، عكاز، كرسي متحرك.....)؟ ما هي؟			
17	Has the student been infected with any infectious diseases such as Mumps, Measles or Chicken Pox, Please specify هل اصيب الطالب/ة بأحد الأمراض المعدية التالية: نكاف (خازباز) ، حصبه، الجدري المائي، يرجى ذكرها؟			
18	Does the student suffer from Bed-wetting/ incontinence? هل يعاني الطالب من التبول الليلي اللاإرادي؟			



If the student has any disease please answer the following questions :	إذا كان الطالب/ة يعاني من احد الأمراض المذكورة اعلاه أو غيرها يرجى الاجابة على الاسئلة التالية :
Name and date of diagnosis	اسم وتاريخ الإصابة بالمرض:
When was the last Attack:.....	متى كانت اخر أزمة صحية:.....
Regular medications: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل يتناول الطالب/ة أي أدوية بشكل منتظم لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
Medications Names and dosages details:	أسم الدواء:كمية وعدد الجرعات
Recommended Medications in case of : emergency	الأدوية الموصى بها في حالة الطوارئ:.....
Special precautions related to food:	احتياطات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالتغذية:
Special precautions related to sport:	احتياطات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالرياضة:.....
Recommendations from physician/ to be done during the school day:	توصيات محددة من قبل الطبيب لمرض/ممرضة المدرسة للقيام بها أثناء اليوم الدراسي :

Kindly attach the Emirates ID and a Medical Report regarding the health problem, parents are responsible for informing the school nurse of any change and providing the necessary medical reports or contact with school nurse whenever it is necessary

ملاحظة: يرجى ارفاق صورة عن بطاقة الهوية و تقرير طبي عن الحالة المرضية، ان الاهل مسؤولون عن اعلام ممرض/ة المدرسة عند حصول اي تغيير في الحالة الصحية وتزويده بالتقارير اللازمة او التواصل مع ممرض/ة المدرسة عند الضرورة.

Name of Parent/ Guardian:

اسم ولي الامر:.....

Parent/ Guardian Signature:

توقيع ولي الأمر:

Contact Number:

رقم الهاتف:

Date:

التاريخ:

If any further queries, please contact the school nurse. Clinic Tel: رقم العيادة:..... في حال وجود أي إستفسار الرجاء الإتصال بممرض/ة المدرسة

Nurse's Name - اسم الممرض/ة:

الرقم الوظيفي/ID: