

Student's Name: _____	اسم الطالب/ة: _____
School: _____ Grade: _____ Section: _____	المدرسة: _____ الصف: _____ الشعبة: _____
Student's No: _____	رقم الطالب المدرسي: _____
DOB: _____ Gender: _____	تاريخ الميلاد: _____ الجنس: _____
Nationality: _____	الجنسية: _____
Emirates ID No: _____	رقم الهوية الإماراتية: _____
To ensure safe vaccination, the nurse requires information about your son/daughter's health status. Please review and complete the following checklist and return to the school nurse prior to vaccinating your child. Please note: Answering Yes to any question(s) does not necessarily mean that the student cannot be vaccinated at the school clinic unless vaccination is contraindicated. The vaccination checklist will be distributed at the beginning of the academic year. Please inform the school nurse of any change in the student's health status during the current academic year, as it might be a contraindication for vaccination.	للتأكد من اعطاء التطعيم بشكل آمن، يقوم ممرض /ة المدرسة بطلب معلومات عن ابنك/ ابنتك لذا يرجى تعبئة هذا النموذج واعدته لممرض/ ممرضة المدرسة قبل اعطاء التطعيم. ملاحظة: إذا كانت الإجابة نعم على أي من الأسئلة فإن هذا لا يعني بالضرورة أن الطالب/ة لا يمكن تطعيمه في عيادة المدرسة إلا حينما يكون الطالب/ة ممنوعاً من التطعيم. سيتم توزيع استبيان التطعيم في بداية العام الدراسي. يرجى إبلاغ ممرض/ة المدرسة عن أي تغيير في صحة الطالب/ة خلال العام الدراسي الحالي للطالب/ة مما قد يؤثر على التطعيم.

Category	Yes نعم	No لا	البند
1. Does the student have any allergies to medication, food or vaccination? Others specify: _____			1. هل لدى الطالب/ة حساسية من الأدوية ، الطعام ، او غيرها؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكرها _____
2. Has the student had a serious reaction to any vaccine in the past? If yes specify: _____			2. هل تعرض الطالب/ة سابقاً لأي حساسية او مضاعفات بعد التطعيم؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكر المضاعفات: _____
3. Does the student suffer from Epilepsy? _____			3. هل يعاني الطالب/ة من مرض الصرع؟ _____
4. Does the student have cancer, leukaemia, AIDS, organ transplant or any other immune system problem? If yes specify: _____			4. هل يعاني الطالب/ة من اي حالة قد تضعف الجهاز المناعي للطالب مثل سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية، زراعة الاعضاء، الخ؟ إذا كانت الاجابة نعم حدد: _____
5. Has the student taken cortisone, prednisone, other steroids, or anticancer drugs such as chemotherapy or radiotherapy in the past 3 months? If yes, add the date: _____			5. هل تناول الطالب/ة أي دواء يحتوي على الكورتيزون، أدوية السرطان أو العلاج الكيميائي في الثلاث شهور السابقة؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكر التاريخ: _____
6. Has the student received a transfusion of blood or blood products, or received a medicine called immune (gamma) globulin in the past year? If yes, add the date: _____			6. هل تعرض الطالب/ الطالبية لنقل دم او اجسام مضادة او بلازما خلال العام السابق؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكر التاريخ: _____
7. Does the student have a history of Guillain-Barre syndrome/has a chronic illness or has a bleeding disorder? If yes specify: _____			7. هل يعاني الطالب/ الطالبية من متلازمة غيلان باريه أو أية أمراض مزمنة او يتناول أي ادوية لمنع تجلط الدم؟ وضح _____
8. Has the student received any vaccinations in the last month? If yes, specify name of the vaccine and date given: _____			8. هل تم اعطاء الطالب/ة أية تطعيمات خلال الشهر السابق؟ إذا كانت الاجابة نعم اذكر اسم التطعيم وتاريخه: _____
9. Is the student repeating the same grade/ year of last academic year? _____			9. هل السنة الدراسية الحالية اعادة لصف السنة الماضية؟ _____
10. Do any household member / relative living in the same house (Grade one students) have cancer, leukaemia, AIDS, organ transplant or any other immune system problem? If yes specify _____			10. هل يعاني أحد من الأفراد أو الأقارب المقيمين مع الطالب(الطالبة الصف الاول) في نفس المنزل من أمراض نقص المناعة مثل سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية، زراعة الاعضاء، الخ؟ إذا كانت الاجابة نعم حدد _____

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

إن الملف الصحي وثيقة سرية. يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة ادارة البيانات ومتطلبات مركز أبوظبي للصحة العامة.

- Attach a copy of the pre-school vaccination card.
- Attach a medical report if vaccine is contraindicated
- Attach a copy of UAE ID both sides.
- Attach a copy of Birth Certificate.

- يرجى ارسال صورة عن بطاقة التطعيم (ما قبل دخول المدرسة)
- يرجى ارسال صورة عن أي تقارير طبية تتعلق بالطالب/ الطالبية وتتعارض مع التطعيم المقرر اعطاؤه.
- يرجى ارسال صورة عن بطاقة الهوية من الأمام والخلف.
- يرجى ارسال صورة عن شهادة الميلاد.

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:** _____

في حال وجود أي إستفسار الرجاء الإتصال بممرض/ة المدرسة رقم العيادة: _____