



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. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(If yes, kindly submit an updated medical report))

**4) Does your child have speech problems?**

Yes  No

If yes, please explain. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(If yes, kindly submit an updated medical report))

**5) Does your child have difficulty hearing?**

Yes  No

If yes, please explain. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(If yes, kindly submit an updated medical report))

**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 there are others, please explain. \_\_\_\_\_

**8) Does your child have an allergy history?** Yes  No

If yes, circle the allergen(s) your child has.

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

Please specify: \_\_\_\_\_

Circle the reaction(s) your child has.

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

Please specify: \_\_\_\_\_

Circle the intervention(s) needed for your child.

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

Please specify: \_\_\_\_\_

## 9) Has your child had any of the following inoculations?

If yes, please indicate 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 المانية, 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 \_\_\_\_\_ 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 you, the parents, or the 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 the school, 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 طبيب 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 \_\_\_\_\_ 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:**

**Signature:** \_\_\_\_\_ **التوقيع:**

### For School Use

Remarks: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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