



First Name: _____

Father's Name: _____

Family Name: _____

Date of Birth: _____

Grade: _____

1- Does your child currently take any medication?

Yes No

If yes, please specify: why, dose and frequency _____

2- Has your child ever been hospitalised?

Yes No

If yes, please specify, when and what for? _____

3- Is there a history of colour blindness in your family or any other visual problems?

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 in 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 الأكزيما			
Heart Disease أمراض القلب			

Others, please explain _____

8- Does your child have an allergy history?

Allergen

Eggs البيض	Peanuts الفول السوداني	Seafood المأكولات البحرية	Wheat القمح	Insects الحشرات
Latex اللاتكس	Medication الدواء	Dairy products منتجات الألبان	Fruits الفواكه	Others أشياء أخرى

Please specify _____

Reaction

Eczema الأكزيما	Rash الطفح الجلدى	Hives الشرى الجلدى	Eye swelling تورم العين	Hoarse voice البحة فى الصوت
Mouth swelling تورم الفم	Wheezing الصفير	Vomiting/ diarrhea التقيؤ / الإسهال	Passing out الإغماء	Others أشياء أخرى

Please specify _____

Intervention needed

None لا شيء	ER visit زيارة الطوارئ	Medication الدواء	Hospitalization الرعاية الطبية فى المستشفى	Others أشياء أخرى
-------------	------------------------	-------------------	--	-------------------

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	
BCG	السّل (الدرن)	/
Hepatitis B	B التهاب الكبد الوبائي	/
MMR (measles, mumps, rubella)	حصبة (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	A التهاب الكبد الوبائي	/
Meningitis	السحايا	/
Typhoid	التيفوئيد	/
Other: 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	السّل		
Whooping Cough	السعال الديكي		
Other: please specify			

11- In case of accidents or other emergencies - give three sources to be contacted

If these sources cannot be contacted 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 to her/him God forbid.

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 should be given to the school nurse first thing in the morning with an accompanying letter from the parents or doctor. It can then be 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 school transportation, can leave their medicines with the bus assistants.

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

I, Mr./Mrs. _____, parent of student _____, give my consent to the school to use the personal data (health data) collected in this form to protect my child's vital interests and for the provision of his/her healthcare.

The security of the data collected in this form is important to us and we will be applying proper security measures and procedures to ensure the highest level of security and privacy.

Access to health records is regulated to ensure that they are used only when necessary and to enable authorized staff to perform their tasks. In this regard, all individuals with access to this information sign a confidentiality agreement that explicitly highlights their duties in relation to personal health information and the consequences of breaching that duty.

We may need to pass or disclose some of this information to other health and social care professionals in the Ministry of Public Health (MOPH) or civil defense, in order to provide your child with the treatment and services he/she needs. Only the relevant part of the records will be disclosed.

We will keep your child personal health information and this form in our records for the period of time we see it's needed, but in no event shall exceed three years from the date your child is no longer enrolled or registered with the school.

By signing this form, I hereby authorize and direct the school personnel to consent to any medical procedure, which is deemed advisable and rendered by medical and emergency personnel and bodies. I understand that the school will make all reasonable efforts to contact me should an emergency arise. I understand that effort shall be made to contact the parent/guardian before rendering treatment to the patient, but that any of the above treatment will not be withheld if the parent/guardian cannot be reached. Any act or omission by the school regarding the above shall not engage its responsibility or liability.

You may at any time request to access the collected data, rectify it when needed, or object any processing based on it.

Should you have any complaints or concerns, please contact us on the following E-mail address: iscdoha@sabis.net.

فإن حال كان على الطالب أن يأخذ دواءً خلال ساعات الدوام المدرسي، فيتوجب عليه إعطاء الدواء إلى ممرضة 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 وتكوين وقت أخذ الدواء والجرعة المحددة.

يمنع ترك الأدوية مع الطالب، بالنسبة للطلاب الذين يستعملون المواظلات 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.

أنا الموقع / الموقع أدناه، السيد / السيدة _____ ، والد / والدة / ولي أمر الطالب /الطالبة _____ ، أوافق على استعانة المدرسة بالبيانات الشخصية للصحة التي جمعت في هذه الاستمارة لحماية مصلحة ابني/ ابنتي الحيوية وتوفير الرعاية الصحية له/ لها.

إننا نولي البيانات المجموعة في هذه الاستمارة كل الاهتمام، وستتخذ الإجراءات والتدابير المناسبة لضمان أعلى مستوى من مستويات الحماية والحفاظ على الخصوصية.

إن الولوج إلى السجلات الصحية يخضع لإجراءات تضمن عدم الاستعانة بها إلا عند الضرورة، وتتيح للموظفين ذوي الصلاحيّة القيام بعملهم. وفي هذا الخصوص، يوقع جميع الأشخاص الذين بإمكانهم الولوج إلى هذه المعلومات، اتفاقية عدم افشاء و المحافظة على سرّيّة المعلومات التي تُبرز بوضوح واجبهم في ما يتعلّق بالمعلومات الشخصية للصحيّة، وعواقب الإخلال بهذا الواجب.

وقد تكون هناك حاجة إلى أن تُكشف بعض هذه المعلومات، أو أن تُزوّد بها جهات أخرى مختصة في مجال الرعاية الصحيّة والاجتماعيّة في وزارة الصحة العامّة، أو مؤسسة الدفاع المدني، من أجل توفير العلاج والخدمات التي يحتاج إليها أبناكم أو أبنتكم. وفي هذه الحالة، يقتصر الكشف فقط على الجزء المطلوب من السجل.

سوف نحتفظ بالمعلومات الشخصية للصحة الخاصة بأبنك أو أبنتك، كما وبهذه الاستمارة، طوال المدّة الزمّنيّة التي نراها ضروريّة، على ألا تتجاوز، في أي حال من الأحوال، الثلاث سنوات من التاريخ الذي لم يُعد فيه أبنك أو أبنتك منتسباً أو منتسبةً إلى المدرسة، أو مسجلاً أو مسجلةً فيها.

بتوقيعه في على هذه الاستمارة، فأنا أجاز لموظفي المدرسة بالتّخاذ أي إجراء طبيّ يراه موظفو الطوارئ والهيئات الطبيّة مطلوباً. المدرسة ستبذل كلّ جهد مناسب للاتّصال بالوالد أو الوالدة أو الوصي قبل تقديم العلاج، في الحالات الطارئة علما ان تعذر الاتصال لن يثنى المدرسة او الجهاز الطبي المختص عن المبادرة بالمعالجة في حال انه طارئ طبي أو ضرورة. و عليه أعفى المدرسة وموظفيها من مسؤولية أي قرار أو عمل أو تقصير فيما يتعلق بما ورد أعلاه.

بإمكانك في أي وقت، أن تطلب الولوج إلى البيانات التي تم جمعها، أو تصحيحها عند الحاجة، أو الاعتراض على أي معالجة بالاستناد إليها.

في حال كان لديك أي شكوى أو مخاوف، فالرجاء الاتصال بنا على عنوان البريد الإلكتروني الآتي: iscdoha@sabis.net

Name _____ الاسم
Date _____ التاريخ
Signature _____ التوقيع

For School Use.

Remarks _____

Date checked: ____ / ____ / _____ Dr./Nurse Signature: _____
طبيب / ممرضة