



الروضة الانجليزية الحديثة

THE ENGLISH MODERN KINDERGARTEN

الروضة الانجليزية الحديثة
THE ENGLISH MODERN SCHOOL

STUDENT NAME (اسم الطالب): _____

YEAR LEVEL (الصف): _____

MEDICAL DECLARATION FOR THE ACADEMIC YEAR 2019 – 2020 (2020 – 2019) (التصريح الطبي للعام الأكاديمي 2019 – 2020)

In order to ensure a healthy and safe environment, it is important that the school be made aware of any medical conditions of your child. Please complete the following by marking (✓) for yes and (X) for no.

من أجل ضمان بيئة صحية وآمنة، فمن المهم أن تكون المدرسة على بينة من أي حالة طبية لدى طفلك. يرجى تعبئة النموذج أدناه، وذلك بوضع علامة (✓) إذا كانت الإجابة بنعم وعلامة (X) إذا كانت الإجابة بـ لا.

A. SPECIAL CONDITIONS (الظروف الخاصة):

DIABETES (السكري)

HEART DISEASE (أمراض القلب) DETAILS (التفاصيل): _____

HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) ارتفاع ضغط الدم

CNS CONDITION (حالات الجهاز العصبي) : EPILEPSY (الصرع) OTHER (أخرى): _____

BLOOD DISORDER (اضطراب الدم) : ANAEMIA (فقر الدم) HAEMOPHILIA (النزف التموي) OTHER: (أخرى) _____

ALLERGIES (الحساسية): FOOD (الأطعمة): _____ MEDICINE (الأدوية): _____ OTHER (أخرى): _____

Provide Epinephrine pen if your child had severe allergic reaction / required hospitalization before.

يجب توفير قلم أدرينالين إذا كان طفلك يعاني من رد فعل تحسسي شديد / أو تطلب دخول المستشفى قبل ذلك.

MEDICAL REASON FOR NOT TAKING PART IN PE (سبب طبي يمنعه من المشاركة في حصص التربية الرياضية): _____

If you marked (✓) yes for any of the above medical conditions and prior to final acceptance at EMS, the school will provide additional medical forms to be completed.

Student will be officially enrolled only after the appropriate forms have been submitted and reviewed by the school's medical staff.

إذا قمت بوضع علامة (✓) للإجابة بنعم على أي من الحالات الطبية المذكورة أعلاه وقبل قبول الطالب النهائي في المدرسة الإنجليزية الحديثة، فإن المدرسة ستقدم لك نماذج طبية إضافية للقيام باستكمال تعبئتها. يتم تسجيل الطلاب رسمياً فقط بعد تقديم النماذج المناسبة ومراجعتها من قبل الطاقم الطبي في المدرسة.

B. OTHER CONDITIONS (حالات أخرى):

ASTHMA (الربو):

INHALER USED: NAME (مستخدم لجهاز استنشاق، واسمه): _____ OTHER MEDICATION (حالات أخرى): _____

G6PD (التفول):

Did this condition require hospitalization? (هل تحتاج هذه الحالة دخول المستشفى؟) YES (نعم) NO (لا) Notes (ملاحظات): _____

MAJOR SURGERY DETAILS (تفاصيل عمليات جراحية كبرى) : _____ DATE (التاريخ): ____/ ____/ ____

HEARING DIFFICULTY (صعوبة السمع) HEARING AID (استخدام أدوات مساعدة للسمع)

EYESIGHT DIFFICULTY (صعوبة الإبصار) : WEARS GLASSES (يرتدي نظارات طبية)

USES CONTACT LENSES (يستخدم عدسات لاصقة) OTHER EYE PROBLEMS (أية مشاكل أخرى في العين) : _____

BONE DISORDER (اضطراب العظام) NAME (اسم الاضطراب): _____ MEDICATIONS (الدواء): _____

OTHER CHRONIC DISEASE (أية أمراض مزمنة أخرى): _____

OTHER REGULAR MEDICATIONS (أية أدوية منتظمة يتناولها): _____

DIAGNOSED LEARNING DISABILITY (تشخيص معيقات التعلم) : _____

I give permission to the school clinic staff (nurse or doctor) to give "Adol" or "Panadol" to my child if the need arises.
أعطي الإذن لموظفي عيادة المدرسة (الممرضة أو الطبيب) لإعطاء دواء "ADOL" أو "PANADOL" لطفلي إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

I give permission to the school medical staff to share medical information about my child with other staff members when that information is necessary for the medical well-being of my child.

أعطي الإذن للموظفين الطبيين في المدرسة لمشاركة المعلومات الطبية المتعلقة بطفلي مع موظفين آخرين عندما تكون تلك المعلومات ضرورية لصحة وسلامة طفلي..

I HEREBY CERTIFY THAT THE INFORMATION I PROVIDED IS COMPLETE AND ACCURATE.

أقر بأن المعلومات التي قدمتها كاملة ودقيقة.

FULL NAME (الاسم بالكامل): _____

RELATIONSHIP TO CHILD (علاقتي بالطفل): _____

SIGNATURE (التوقيع): _____

DATE (التاريخ): _____