



MEDICAL DECLARATION FOR THE ACADEMIC YEAR 2018 - 2019

STUDENT NAME: _____ YEAR LEVEL: _____

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.

A. SPECIAL CONDITIONS:

- DIABETES
- HEART DISEASE DETAILS: _____
- HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION)
- CNS CONDITION: EPILEPSY OTHER: _____
- BLOOD DISORDER: ANAEMIA HAEMOPHILIA OTHER: _____
- ALLERGIES: FOOD: _____ MEDICINE: _____ OTHER: _____
Provide Epinephrine pen if your child had severe allergic reaction
- MEDICAL REASON FOR NOT TAKING PART IN PE: _____

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 medical clinic

B. OTHER CONDITIONS:

- ASTHMA: INHALER USED: NAME: _____ OTHER MEDICATION: _____
- G6PD: Did this condition require hospitalization? YES NO Notes: _____
- MAJOR SURGERY DETAILS: _____ DATE: ____/____/____
- HEARING DIFFICULTY HEARING AID
- EYESIGHT DIFFICULTY: WEARS GLASSES USES CONTACT LENSES OTHER EYE PROBLEMS: _____
- BONE DISORDER NAME: _____ MEDICATIONS: _____
- OTHER CHRONIC DISEASE: _____
- OTHER REGULAR MEDICATIONS: _____
- DIAGNOSED LEARNING DISABILITY: _____

I give permission to the school clinic staff (nurse or doctor) to give my child “Adol”, “Panadol” or call the hospital emergency if the need arises.

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.

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

FULL NAME: _____

RELATIONSHIP TO CHILD: _____

SIGNATURE: _____

DATE: _____



المدرسة الإنجليزية الحديثة THE ENGLISH MODERN SCHOOL

AL KHOR CAMPUS

UNIVERSITY of CAMBRIDGE
International Examinations
CAMBRIDGE INTERNATIONAL CENTRE

P.O Box: 875, Al-Khor – Qatar . Tel.: 44502172 - Fax: 44502066 Mobile :55369675
Email: office@emskhor.net Website: www.emskhor.net
ص.ب.: 875، الخور – قطر . تليفون: 44502172 - فاكس: 44502066 جوال: 55369675

الاستمارة الطبية للعام الدراسي 2018-2019

اسم الطالب: _____ المرحلة الصفية: _____

من أجل ضمان بيئة صحية وآمنة، فمن المهم أن المدرسة أن تكون على علم بأي من الحالات الطبية لابنك/ابنتك. لذا يرجى إكمال ما يلي عن طريق وضع علامة (✓) عند الإجابة بنعم و (X) عند الإجابة بـ لا

أ. الحالات الخاصة:

مرضى السكري

أمراض القلب

ارتفاع ضغط الدم (ضغط الدم)

إصابة الجهاز العصبي المركزي الصرع

أخرى:

اضطراب في الدم

فقر الدم

سيولة في الدم

أخرى:

الحساسية: الغذائية:

للادوية:

أخرى:

الرجاء توفير القلم (الريتاين) إذا كان ابنك/ابنتك شديد الحساسية

سبب طبي للطالب/الطالبة عن عدم المشاركة في التربية البدنية:

ملحوظة: في حالة اختيار الإجابة (نعم) عن أي من الحالات الطبية السابقة و وفقاً لسياسة القبول النهائي بالمدرسة، فإن المدرسة سوف تزودكم باستمارة طبية إضافية يرجى استكمالها واعادتها إلى عيادة المدرسة. سيتم قبول الطالب/الطالبة رسمياً بعد استكمال الاستمارات الطبية المناسبة ومراجعتها من قبل العيادة الطبية بالمدرسة.

ب. حالات أخرى:

الربو: اسم جهاز الاستنشاق: _____ أدوية أخرى: _____

G6PD هل هذه حالة تتطلب العلاج في المستشفيات؟ نعم لا ملاحظات: _____

تفاصيل إجراء عملية جراحية كبرى: _____ التاريخ: _____ / _____ / _____

ضعف في السمع يرتدى سماعة

ضعف في البصر ارتداء نظارات طبية عدسات لاصقة مشاكل أخرى بالعين: _____

مرضى في العظام نوع المرض: _____ الأدوية: _____

أمراض أخرى مزمنة: _____

أدوية أخرى مستخدمة دورياً: _____

حالة صعوبات تعلم: _____

أعطي الإذن لموظفي عيادة المدرسة (الممرضة أو الطبيب) لإعطاء "ادول" أو "البنادول" لابني/ابنتي أو استدعاء الاسعاف إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

أعطي الإذن إلى الطاقم الطبي بالمدرسة لتبادل المعلومات الطبية عن طفلي مع الموظفين الآخرين في حالة الضرورة للمحافظة على صحة ابني/ ابنتي .

أشهد بأن المعلومات المقدمة كاملة ودقيقة.

الاسم كاملاً: _____ العلاقة بالطفل: _____

تاريخ التوقيع: _____