



المدرسة الإنجليزية الحديثة THE ENGLISH MODERN SCHOOL

MEDICAL DECLARATION FOR THE ACADEMIC YEAR 2025-2026

Student Name: _____ Year level: _____

To maintain a healthy and safe environment at school, it's crucial that we're informed of any medical conditions affecting your child. Kindly complete the attached form:

Health Conditions	Yes	No	Remarks
Diabetes			
Heart Disease			
High Blood Pressure (Hypertension)			
CNS Condition			
Epilepsy			
Severe allergy to medicine			
Haemophilia			
Severe Allergy to Food			
Renal Problem			
Bone Disorder			
Asthma			
G6PD			
Hearing problems			
Eye Sight problems (Myopia, Hyperopia, Etc.)			
Learning Disability: ex ADHD or others			
Any condition that may weaken the immune system medications or diseases			
History of major surgery			
Any other problem or disease not mentioned above? Please specify if any.			

For any medical conditions specified above, or any other condition that may require school attention, regular medication administration during school hours, or special precautions throughout the school day, please have your child's physician complete the attached form. Following this, schedule an appointment with the school doctor. Students will be officially enrolled only after this form has been submitted to and reviewed by the school doctor.

Please check the appropriate boxes:

☐ I authorize the school's clinic staff (whether nurse or doctor) to administer "Adol" or "Panadol" to my child when necessary.

☐ I permit the school's clinic staff to share pertinent medical information about my child with other school personnel when it's crucial for my child's medical well-being.

☐ I give consent for the school doctor to provide first aid or emergency treatment to my child as needed.

☐ I acknowledge that as the parent/guardian of the student mentioned above, it is my duty to notify the school about any changes in the medical or physical condition of my child during the academic year. I will provide all necessary information and attend any meetings related to my child's physical or mental health concerns.

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

الإقرار الطبي للعام الدراسي 2025-2026

اسم الطالب: _____ الصف: _____

للمحافظة على بيئة صحية وأمنة في المدرسة، من الضروري أن نكون على علم بالحالة الصحية لطفلك. الرجاء تعبئة النموذج المرفق.

الحالات الصحية	نعم	لا	ملاحظات
مرض السكري			
أمراض الجهاز العصبي			
ارتفاع ضغط الدم			
صرع أو تشنجات			
اضطراب سيولة الدم الهيموفيليا			
حساسية مفرطة من الدواء			
حساسية مفرطة من الطعام.			
أمراض الكلى			
أمراض العظام			
ربو			
G6PD			
ضعف السمع			
ضعف الإبصار			
صعوبات التعلم: فرط الحركة أو غيره			
ضعف في الجهاز المناعي بسبب ادوية او امراض.			
جراحه سابقه: نرجو التحديد			
أي مشكلة أو مرض آخر غير مذكور أعلاه؟ يرجى تحديد ما إذا كان موجودا.			

إذا كان طفلك يعاني من أي حالة طبية تستدعي عناية المدرسة و تتطلب أدوية موصوفة خلال ساعات الدوام المدرسي أو تنبيهات محددة أثناء اليوم الدراسي يرجى تعبئة الاستمارة المرفقة من قبل الطبيب المعالج لطفلك. يرجى ترتيب اجتماع مع طبيب المدرسة قبل أن يبدأ طفلك الدراسة.

سيتم تسجيل الطالب رسمياً بعد تقديم هذا النموذج ومراجعته من قبل طبيب المدرسة.

- ☐ أعطي الإذن لموظفي عيادة المدرسة (ممرضة أو طبيب) لإعطاء "Adol" أو "Panadol" لطفلي إذا دعت الحاجة إلى ذلك.
- ☐ أعطي الإذن لموظفي عيادة المدرسة لمشاركة المعلومات الطبية عن طفلي مع الموظفين الآخرين عندما تكون هذه المعلومات ضرورية لطفلي.
- ☐ أعطي الإذن لطبيب المدرسة لتقديم العلاج للطفل في حالة الإسعافات الأولية والطوارئ.
- ☐ أوافق على أنه من مسؤوليتي بصفتي ولي الأمر / الوصي على الطالب المذكور أعلاه إبلاغ المدرسة بأي تغييرات في الحالة الطبية أو البدنية للطفل في أي وقت خلال العام الدراسي بحضور أي اجتماعات تتعلق بالصحة الجسدية أو النفسية للطفل.

أقر بموجب هذا بأن المعلومات التي قدمتها كاملة ودقيقة.

الاسم الكامل: _____

صلة القرابة بالطفل: _____

توقيع: _____

تاريخ: _____