



Kids Corner
ركن الأطفال
PRESCHOOL

Passport size
picture

Student Medical Form

استمارة الطالب الطبية

Students Name	إسم الطالب
CPR number	الرقم الشخصي
Date of Birth	تاريخ الميلاد
Day	اليوم
Month	الشهر
Year	السنة
Father's name	إسم الأب
Father's mobile number	رقم هاتف الأب
Mother's name	إسم الأم
Mother's mobile number	رقم هاتف الأم

Home Address	عنوان المنزل
House/ Flat	مجتمع
Building	Block
Road	طريق
Area	رقم هاتف المنزل
Home Telephone Number	المنطقة

Emergency contact in the absence of the above	معلومات الإتصال في حالة غياب أعلاه
Name	رقم الهاتف
Mobile Number	العنوان
Address	صلته بالطالب
Relationship to Student	

Student Health Information	معلومات الطفل الصحية
Has your child received all of his/her Vaccines according to the Ministry of Health requirements? هل تم تطعيم الطفل بالكامل وفق قائمة تطعيمات وزارة الصحة؟	No <input type="radio"/> لا Yes <input type="radio"/> نعم
Does your child have any allergies towards certain foods or medication? (For example, penicillin, peanuts, etc.) If yes, please provide details : هل توجد لدى الطفل أي حساسية تجاه بعض المأكولات أو الأدوية؟ (مثلا: البنسلين أو الفول السوداني)؟ إذا نعم، أذكرها:	No <input type="radio"/> لا Yes <input type="radio"/> نعم

Is your child taking any regular, medication or is he/she receiving regular treatment?

(For example, insulin, Ritalin, anti-epileptic medication, inhalers etc.)

If yes, please provide details :

هل يتناول طفلك أي أدوية أو علاجات منتظمة، أو هل يتلقى علاجه بانتظام؟

(مثلًا: الأنسولين، ريتالين، الأدوية المضادة للصرع، أجهزة الاستنشاق، .. إلخ)

إذا نعم، اذكرها:

No لا Yes نعم

Does your child have any physical disability?

If yes, please provide details :

هل لدى الطفل أي إعاقات جسدية؟

إذا نعم، اذكرها:

No لا Yes نعم

Does your child have any specific health, behavioral, emotional or psychological problems?

If yes, please provide details :

هل يواجه الطفل أي اضطرابات صحية، سلوكية، عاطفية أو عقلية؟

إذا نعم، اذكرها:

No لا Yes نعم

Does your child have any hearing or hearing related problems?

هل لدى الطفل أي مشاكل سمعية او مشاكل لها علاقة بالسمع؟

No لا Yes نعم

Do you believe that your child should be able to fully participate in regular physical education classes?

هل تعتقد أن الطفل بإمكانه المشاركة في جميع الحصص الرياضية؟

No لا Yes نعم

Please provide details of any other illnesses, operations or injuries the school needs to be aware of:

الرجاء الإفادة بأي أمراض أو عمليات جراحية التي تحتاج علم إدارة الروضة

Declaration

إقرار

I hereby declare that the information provided is correct and take full responsibility

أقر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات الواردة بهذه الاستمارة وأتحمّل المسؤولية الكاملة إن ظهر خلاف ذلك

Name

الإسم | Signed

التوقيع