

August 20, 2014

استمارة الحالة الصحية

Health Condition Form

اسم الطالب/ة (Student's Name:)

.....

الصف (Class):

الشعبة (Section):

Dear Parents,

الأهالي الكرام ،

حرصاً منا لمتابعة الحالة الصحية لطلابنا و طالباتنا و رغبة منا في حصر الحالات الصحية المزمنة و الإلمام بها لنكون على أهبة الاستعداد لأي حالة قد نتعرض لها في مدارسنا , و لذلك أرفقنا هذه الاستمارة نأمل منكم تعبئتها بكل وضوح إذا كان لا قدر الله مصاب بمرض مزمن (الحساسية من طعام أو غيرها,ربو, فقر دم , رعاف, السكري , أمراض القلب) و إعادتها في أقرب وقت ممكن.

In an effort to maintain updated records of our students' health conditions, the schools must to be aware of all chronic disease so we can take precautionary steps in case of any emergency. Please find the "Health Condition Form" attached. You are kindly requested to read it carefully and fill it out accurately.

Please specify any chronic disease such as; allergy, asthma, anemia, epistaxis, diabetes or any cardiology problems.

Student Health History

فصيلة الدم	Blood group
Student Health History	التاريخ الصحي للطالب
Does the student have a history with any of the symptoms below? please indicate (√) if he does and specify in the field below.	
<ul style="list-style-type: none"> ○ History of High Fevers (حرارة مرتفعة) ○ Abdominal Complaints (اضطرابات باطنية) ○ Skin/ hair problems (مشاكل بالجلد / الشعر) ○ Asthma (ربو) ○ Epilepsy (الصرع) ○ Head Injuries ○ Tonsillitis (التهاب) ○ Epistaxis (الرعا ف) ○ Cancer (السرطان) ○ History of Ear Infections (التهابات الأذن) ○ Vision disorders (اضطرابات بالنظر) ○ Speech disorders (اضطرابات بالنطق) 	
Allergies (food, medication, environment, etc.)	الحساسية (الطعام، الأدوية، الطقس ... الخ)

<p>إذا كان لدى الطالب أي من الأعراض المذكورة أعلاه، فضلاً توضيح ذلك بالتفصيل:</p> <p>In case you indicated any of the symptoms above. Please specify:</p>		
<p>Does the student have any other health condition that school needs to be aware of in order to meet his needs?</p>		<p>هل لدى الطالب أي أمراض أخرى تحتاج المدرسة لتكون على علم فيها، لتلبية احتياجات الطالب؟</p>
<p>Treatment</p> <p>العلاج</p>		
<p>Please name two adults who can provide transportation and be responsible for your child in case of any emergency/ illness (only if we could not reach the parents)</p>		<p>اذكري شخصين يمكنهم نقل ابنك/ابنتك وتحمل مسؤوليتهم في حالات المرض و الطوارئ في حال عدم القدرة على التواصل مع أولياء الأمور</p>
<p>صلة القرابة</p> <p>Relationship</p>	<p>رقم الهاتف</p> <p>Phone Number</p>	<p>اسم الشخص</p> <p>Name of the Person</p>

Schools' Nurse

ممرضة المدارس