

Student Medical Form & Consent Forms				الاستمارة الصحية للطلاب ونموذج الموافقة			
<p><b>Dear Parent / Guardian of the student:</b> Please fill the following form accurately to ensure maintaining and monitoring your child's health and wellbeing during the school year.</p>				<p>عزيزي ولي أمر / الوصي الشرعي الطالب / الطالبة: الرجاء مراعاة الدقة في ملئ الاستمارة التالية وذلك حفاظاً على صحتك وسلامة ابنك / ابنتك ومراقبة حالتهم الصحية خلال العام الدراسي.</p>			
<b>School Information</b>				<b>بيانات المدرسة</b>			
School Name:.....				اسم المدرسة:.....			
Grade:.....Section:.....				الصف:.....الشعبة:.....			
<b>Student Information</b>				<b>بيانات الطالب / الطالبة</b>			
Full Name:.....				الاسم الكامل:.....			
Gender:.....Nationality:.....				الجنس:.....الجنسية:.....			
Date of Birth: DD/MM/YYYY				تاريخ الميلاد: DD/MM/YYYY			
Emirates ID:.....				الهوية الإماراتية:.....			
<b>Parent / Legal Guardian Information</b>				<b>بيانات ولي الأمر أو الوصي الشرعي:</b>			
Full Name:.....				الاسم الكامل:.....			
Relationship:.....Emirate:.....				صلة القرابة:.....العمارة:.....			
Mobile Number (1):(05_)-(____)				رقم الهاتف المحمول 1:(05_)-(____)			
Mobile Number (2):(05_)-(____)				رقم الهاتف المحمول 2:(05_)-(____)			
Email Address:.....				البريد الإلكتروني:.....			
<p><b>In case of Emergency and we are unable to reach the parent / guardian, the following person can be contacted:</b></p>				<p>في حال الطوارئ ولم نتصل من الوصول إليكم، يمكننا الاتصال ب:</p>			
Name:.....				الاسم:.....			
Relationship:..... Mobile Number:(05_)-(____)				صلة القرابة:..... رقم الهاتف المحمول: (05_)-(____)			

Student Medical History				التاريخ الطبي للطلاب			
Health Problem	Yes	No	Comments	الملاحظات	نعم	لا	المشاكل الصحية
Does the student suffer from any <b>allergy</b> to medicine, food, dust, etc.? If yes, please specify in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من أي حساسية دواء / أطعمة / أبخرة؟ يرجى ذكرها في الملاحظات:
Does the student suffer from any cardiovascular problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مشاكل في القلب؟
Does the student suffer from diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مرض سكري؟
Does the student suffer from hypertension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مرض ارتفاع ضغط الدم؟
Does the student suffer from bronchial asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل الطالب / الطالبة مصاب بالربو؟
Does the student suffer from renal problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مشاكل في الكلى؟

Does the student suffer from epilepsy or convulsion seizures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من نوبات صرع أو نوبات تشنجات؟
Does the student suffer from epistaxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من رعاف متكرر (نزيف الأنف)؟
Does the student suffer from hemolytic anemia, type G6PD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل الطالب / الطالبة مصاب بمرض أنيميا الفول تكسر الدم؟
Does the student suffer from any hereditary blood disease (e.g., Thalassemia, sickle cell anemia, hemophilia)? If yes, please specify in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل الطالب / الطالبة مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثالاسيميا، الأنيميا الحادة، الهيموفيليا)؟، يرجى ذكر الأمراض في الملاحظات.
Does the student suffer from any skin problem? If yes, please specify in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من أي مشاكل جلدية؟ يرجى ذكر الأمراض في الملاحظات.
Does the student suffer from any eye problem (Myopia, Hyperopia)? If yes, please specify in comments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من أي مشاكل في العين (طول نظر أو قصر نظر)؟ يرجى ذكر الأمراض في الملاحظات
Does the student suffer from any hearing problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مشاكل في السمع؟
Does the student use any medical aid device? If yes, please specify the device details in comments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يستخدم الطالب / الطالبة أجهزة طبية مساعدة؟ ما هي؟
Did the student undergo any surgery in the past? If yes, please specify the reasons in comments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق أن أجريت للطالب/الطالبة عمليات جراحية؟ ما هي إن وجدت.
Was the student ever hospitalized? If yes, please specify the reasons in comments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أدخل الطالب / الطالبة للمستشفى من قبل؟ اذكر السبب في حال لانات الإجابة نعم
Does the student have any health condition that could weaken the immune system such as cancer (blood cancer, lymphoma), or an organ transplant? If yes, please specify in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من أي حالة قد تضعف الجهاز المناعي مثل: السرطان (سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية) أو زراعة الأعضاء؟ يرجى ذكرها إن وجدت.
Did the student get any blood, antibodies, or plasma transfusion in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعرض الطالب / الطالبة لتقل دم أو أجسام مضادة أو بالبزما في السابق؟
Did the student suffer from any of the following diseases: (Mumps, Measles, Diphtheria, Pertussis, Chickenpox, Tuberculosis)? If yes, please specify details in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أصيب الطالب / الطالبة بأحد الأمراض التالية: (الكاف، الحصبة، الدفتيريا، السعال، الدنكي، الجدري، المراكبي، السل)؟ يرجى ذكر الأمراض.
Does the student suffer from any other problem or disease not mentioned here? If yes, please specify in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Immunization Consent**

Vaccines play a vital role in prevention of infectious diseases as declared by the cabinet decree no. 14, the student is required to take the below mentioned vaccine.

التطعيمات: نظرا للدور الهام الذي تلعبه تناول اللقاحات كمنهج وقائي فوي للصحة العامة ضد مجموعة من الأمراض المعدية ووفقا للقرار الوزاري رقم 14، من المقرر أن يحصل الطالب على التطعيمات الملوحة أدناه.

Vaccine	Grade	Route	Consent			الإقرار			طريقة إعطاء اللقاح	الصف	المفاح
Influenza Vaccine	<b>Grade 1 and above</b>	Injection	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> موافق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> ال ينطبق	حقنة	الصف الأول وما فوق	تفهم التدفونزا

If **disagree** for vaccination, please state the reason:  
 Vaccination dose mentioned above has been administered previously.  
 Medical condition that prevents from taking the vaccination currently.  
 Student is allergic to yeast or one of the components of the vaccine, please share a copy of the medical report.  
 Other reason, please specify:.....

في حال **عدم الموافقة**، يرجى ذكر السبب:  
 تم أخذ جرعة التطعيم المذكورة أعلاه مسبقا  
 وجود حالة طبية تمنعه من أخذ التطعيم في الوقت الحالي، يرجى تزويد نسخة من التقرير الطبي.  
 وجود حساسية تجاه الخميرة أو أحد مكونات اللقاح، يرجى تزويد نسخة من التقرير الطبي  
 أسباب أخرى، يرجى التحديد:.....

**Emergency Treatment Consent**

In the event that your child requires emergency treatment, you will be contacted and asked to collect your child from school. If the school is unable to contact you, your child will be taken to a health center / hospital for diagnosis and treatment. In the event of a serious incident, an ambulance will be called immediately.  
 I understand that my child will be taken to a health center / hospital in the event of a medical emergency.  
 I understand that the following medications will be administered when necessary.

الموافقة على خدمات علاج طارئة  
 في حال احتياج طفلك إلى علاج طارئة، سيتم الاتصال بك وطلب منك اصطحاب طفلك من المدرسة. إذا لم تتمكن المدرسة من الاتصال بك، سيتم نقل طفلك إلى مركز صحي / مستشفى للتشخيص والعلاج. في حالة وقوع حادث خطير، سيتم استدعاء سيارة إسعاف على الفور.  
 أنا على دراية بأنه سيتم نقل طفلي إلى مركز صحي / مستشفى في حالة طارئ طبي  
 أنا على دراية بأنه سيتم استخدام الأدوية التالية عند الحاجة.

Medication	Reason	Consent		
Paracetamol	To control mild to moderate pain & Fever	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A
Antihistamine Cream	To relieve mild to moderate skin allergies	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A

الدواء	السبب	الإقرار		
البنادول	لتخفيف درجة الحرارة ومسكن للألم	<input type="checkbox"/> موافق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> ال ينطبق

Epinephrine	For acute allergic reaction	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A
Salbutamol inhaler	To control asthmatic symptoms	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A

لنظم مضاد للدهونامين	للتخفيف من حالات الحساسية الجلدية البسيطة والمتوسطة	<input type="checkbox"/> موافق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> ال ينطبق
إلبيدوفرين	للعساسية الحادة	<input type="checkbox"/> موافق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> ال ينطبق
فينوبوتان (السودامول)	العراض الربو	<input type="checkbox"/> موافق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> ال ينطبق

Parent / Guardian Signature:.....

Date: DD/MM/YYYY

توقيع ولي الأمر / الوصي الشرعي:.....

التاريخ: DD/MM/YYYY

لأزيد من المعلومات حول برنامج الصحة المدرسية الشامل والنطعيمات، قم بمسح الرمز

**For more information about the School Health Program and Vaccination, scan the QR code**

