



مدرسة هابيتات الخاصة  
HABITAT SCHOOL

P.O. Box 8885, Al Tallah, Ajman, United Arab Emirates | Tel : +971 6 731 5353, +971 6 559 3959  
E-mail : info@tallah.habitatschool.org | Website : tallah.habitatschool.org

Cir no: HBT ATH/GEN/48/24-25

Date: 2/11/2024

## Influenza Vaccination -Consent

**Dear Parent,**

Greetings!

We would like to inform you that in accordance with the Ministry of Health (MOH), an Influenza Vaccination is offered to students of Grade 1 to 11.

If you wish for your child to receive the influenza vaccine, please complete the Student Medical & Consent form attached.

Parents should ensure that all required details are filled and send back the hard copy of the form to the class teacher on or before 6<sup>th</sup> November 2024.

The administration of these Vaccines is free of cost.

For any clarification, please contact the School Clinic.

**Regards,**

**Principal  
Mariyam Ahamed**

Student Medical Form & Consent Forms				الاستمارة الصحية للطالب 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><b>عزيزي ولي أمر / الوصي الشرعي الطالب / الطالبة:</b> الرجاء مراعاة الدقة في ملئ الاستمارة التالية وذلك حفاظا على صحة وسلامة ابنكم / ابنتكم ومتابعة حالتهم الصحية خلال العام الدراسي.</p>			
<b>School Information</b>				<b>بيانات المدرسية</b>			
School Name:.....				اسم المدرسية:.....			
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:.....الامارة:.....			
Mobile Number (1):(05_)-(_____)				رقم الهاتف المتحرك (1): (05_)-(_____)			
Mobile Number (2):(05_)-(_____)				رقم الهاتف المتحرك (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 نتمكن من الوصول إليكم، يمكننا الاتصال ب:</p>			
Name:.....				الاسم:.....			
Relationship:.....Mobile Number:(05_)-(_____)				صلة القرابة:.....رقم الهاتف المتحرك: (05_)-(_____)			

Student Medical History				التاريخ الطبي للطالب			
Health Problem	Yes	No	Comments	الملاحظات	لا	نعم	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 تشنج؟
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 (الثلاسيميا، الأنيميا المنجلية، الهيموفيليا؟)، يرجى ذكر المرض 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 المرض 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 العيون (طول نظر أو قصر نظر)؟ يرجى ذكر المرض 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 كانت 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 لنقل دم أو أجسام مضادة أو بلازما 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: (النكاف، الحصبة، الدفتيريا، السعال، الديكي، الجدري، المائي، السل)؟ يرجى ذكر المرض.
Does the student suffer from viral hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أصيب الطالب / الطالبة بعدوى التهاب الكبد الوبائي؟

Did the student suffer from poliomyelitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أصيب الطالب/الطالبة بعدوى شلل الأطفال؟
Did the student suffer from any mental or behavioral 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 نفسية أو سلوكية؟ يرجى ذكرها إن وجدت
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"/>	هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل أو أمراض أخرى لم يتم ذكرها؟ يرجى ذكر المرض إن وجد.

Parental Consent					موافقة ولي الأمر / الوصي الشرعي				
Please note that all consents are valid for the duration of time that your child attends the school. As the parent / guardian of the mentioned student, I give my consent to the following:					يرجى الملاحظة أن جميع الموافقات سارية المفعول طوال مدة حضور طفلك للمدرسة. اقر بأني ولي أمر / الوصي الشرعي للطالب(ة) المذكور(ة)، أوافق على ما يلي:				
<b>Consent for School Health Screening</b> School Screening are medical tests done for early detection of disease among school students and includes a multidisciplinary team consists of a physician, nurse, medical technician, and dentist.					<b>الفحص المدرسي:</b> يشمل الفحص فريق متكامل يتكون من: طبيب، ممرض، فني سحب دم، وطبيب اسنان للكشف المبكر عن الأمراض لفئات معينة من طلاب المدارس.				
<b>School Health Screening</b>					<b>الفحص المدرسي:</b>				
Grade	Specific Screenings	Consent			الإقرار			الفحوصات	الصف
KG1	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, and supervised tooth brushing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر وبرنامج تفريش الاسنان المراقب.	رياض الأطفال
Grade 1	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, hearing, ADHD, physical examination, blood test (CBC), dental examination and fluoride varnish.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص الدم (فحص تعداد الدم الكامل)، وفحص النظر، وفحص السمع، والكشف الطبي، وصحة الفم والاسنان وتطبيق مادة الفلورايد، وفحص اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط.	الصف الأول
Grade 5	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, physical examination, dental examination and fluoride varnish.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتضمن قياس الوزن وطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر، والكشف الطبي، وصحة الفم والاسنان وتطبيق مادة الفلورايد.	الصف الخامس
Grade 9	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, depression, physical examination, blood test (CBC) for females.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر، والكشف الطبي، وصحة الفم والاسنان وتطبيق مادة الفلورايد.	الصف التاسع
<b>Annual Screening is conducted by the school health nurse</b>					<b>الفحص السنوي: يتم إجراء الفحص السنوي من قبل الممرض في المدرسة</b>				
Grade	Specific Screenings	Consent			الإقرار			الفحوصات	الصف
KG 1 to Grade 12	Weight and Height (BMI), Vital Signs, Vision, and mental health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وعلامات الحيوية، وفحص النظر والصحة النفسية	الروضة الأولى حتى الصف الثاني عشر

Immunization Consent						التطعيمات:								
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 vaccines.						نظرا للدور المهم الذي يلعبه تناول اللقاحات كنهج وقائي قوي للصحة العامة ضد مجموعة من الأمراض المعدية ووفقا للقرار الوزاري رقم (14)، من المقرر أن يحصل الطالب على التطعيمات الموضحة ادناه.								
Vaccine	Grade	Route	Consent			الإقرار			طريقة إعطاء اللقاح	الصف	اللقاح			
Second dose of Measles, Mumps, Rubella (MMR), if not vaccinated earlier	Grade 1	Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة	الصف الأول	الحصبة، الحصبة الألمانية، والنكاف إذا لم يتم التطعيم في وقت سابق			
Diphtheria, Tetanus, Acellular Pertussis, IPV		Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة		DTAP الرباعي IPV – (الدفترية) والكزاز والسعال الديكي الالتهابي وشلل الأطفال العنقي			
Varicella Vaccine Second Dose		Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة		لقاح الجدري المائي			
Polio (OPV)	Grade 8	2 drops in mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قطرتين عن طريق الفم	الصف الثامن	لقاح شلل الأطفال الفموي			
HPV (Human Papilloma Virus)		Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة		لقاح فيروس الورم الحليمي			
Meningococcal Vaccine		Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة		لقاح الحمى الشوكية			
Tdap Vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)	Grade 11	Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة	الصف الحادي عشر	Tdap اللقاح الثلاثي (الكزاز والدفترية والسعال الديكي)			
Influenza Vaccine	Grade 1 and above	Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة		تطعيم الانفلونزا			
If <b>disagree</b> for vaccination, please state the reason: <input type="checkbox"/> Vaccination dose mentioned above has been administered previously. <input type="checkbox"/> Medical condition that prevents from taking the vaccination currently. <input type="checkbox"/> Student is allergic to yeast or one of the components of the vaccine, please share a copy of the medical report. <input type="checkbox"/> Other reason, please specify:.....						في حال <b>عدم الموافقة</b> ، يرجى ذكر السبب: <input type="checkbox"/> تم أخذ جرعة التطعيم المذكورة أعلاه مسبقا <input type="checkbox"/> وجود حالة طبية تمنعه من أخذ التطعيم في الوقت الحالي، يرجى تزويد نسخة من التقرير الطبي. <input type="checkbox"/> وجود حساسية تجاه الخميرة أو أحد مكونات اللقاح، يرجى تزويد نسخة من التقرير الطبي <input type="checkbox"/> أسباب أخرى، يرجى التحديد:.....								
<b>Emergency Treatment Consent</b> 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. <input type="checkbox"/> I understand that my child will be taken to a health center / hospital in the event of a medical emergency. <input type="checkbox"/> I understand that the following medications will be administered when necessary.						<b>الموافقة على خدمات علاجية طارئة</b> في حال احتاج طفلك إلى علاج طارئ، سيتم الاتصال بك وطلب منك اصطحاب طفلك من المدرسة. إذا لم تتمكن المدرسة من الاتصال بك، فسيتم نقل طفلك إلى مركز صحي / مستشفى للتشخيص والعلاج. في حالة وقع حادث خطير، سيتم استدعاء سيارة إسعاف على الفور. <input type="checkbox"/> انا على دراية بأنه سيتم نقل طفلي إلى مركز صحي / مستشفى في حالة طارئ طبي. <input type="checkbox"/> انا على دراية بأنه سيتم استخدام الادوية التالية عند الحاجة.								
<b>Medication</b>			<b>Reason</b>			<b>Consent</b>			<b>الإقرار</b>			<b>السبب</b>		<b>الدواء</b>
Paracetamol			To control mild to moderate pain & Fever			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لتخفيف درجة الحرارة ومسكن للألم		البنا دول
Antihistamine Cream			To relieve mild to moderate skin allergies			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Epinephrine	For acute allergic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا ينطبق	غير موافق	موافق	للتخفيف من حالات حساسية الجلد البسيطة والمتوسطة	كريم مضاد للهستامين
Salbutamol inhaler	To control asthmatic symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا ينطبق	غير موافق	موافق	للحساسية الحادة	الإبينيفرين
Lice Shampoo	To be sent to home with student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا ينطبق	غير موافق	موافق	لأعراض الربو	فنتولين (سالبوتامول)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا ينطبق	غير موافق	موافق	لإرسالها للبيت مع الطالب	شامبو علاج القمل
Parent / Guardian Signature:.....					توقيع ولي الأمر / الوصي الشرعي:.....							
Date: DD/MM/YYYY					التاريخ: DD/MM/YYYY							

لمزيد من المعلومات حول برنامج الصحة المدرسية الشامل والتطعيمات، قم بمسح الرمز

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

