



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/25/25-26**

**Date: 03/09/2025**

**VACCINATION FOR GRADE 11 STUDENTS**

Dear Parent,

This is to inform you that, as per the health guidelines, the following vaccinations will be administered to all Grade 11 students at the school clinic:

Tdap (Tetanus, Diphtheria, Acellular Pertussis)

CMV (Cytomegalovirus)

**Kindly:**

**Fill in and submit the pre-vaccination questionnaire and immunization consent form through your ward to the Class Teacher at the earliest.**

**Provide a copy of the updated vaccination card along with the consent form.**

**Inform the School Clinic in advance if your ward has any known allergies.**

**Please note that students without the consent form will not be administered the vaccination.**

The administration of these vaccines is free of cost.

For any clarification, please contact the School Clinic.

**Regards,**

**Principal**

**Mariyam Nizar Ahamed**

Student Medical Form & Consent Forms				الاستمارة الصحية للطالب ونموذج الموافقة			
<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.				<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.			
<b>School Information</b>				<b>بيانات المدرسية</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:.....الإمارة:.....			
Mobile Number (1):(05_)-(_____)				رقم الهاتف المتحرك (1): (05_)-(_____)			
Mobile Number (2):(05_)-(_____)				رقم الهاتف المتحرك (2): (05_)-(_____)			
Email Address:.....				البريد الإلكتروني:.....			
<b>In case of Emergency and we are unable to reach the parent / guardian, the following person can be contacted:</b> Name:..... Relationship:.....Mobile Number:(05_)-(_____)				في حال الطوارئ ولم نتمكن من الوصول إليكم، يمكننا الاتصال ب: الاسم:..... صلة القرابة:.....رقم الهاتف المتحرك: (05_)-(_____)			
<b>Student Medical History</b>				<b>التاريخ الطبي للطالب</b>			
<b>Health Problem</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Comments</b>	<b>الملاحظات</b>	<b>لا</b>	<b>نعم</b>	<b>المشاكل الصحية</b>
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 / ألبسة؟ 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 رعاث 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> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grade</th> <th>Specific Screenings</th> <th colspan="3">Consent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KG1</td> <td>Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, and supervised tooth brushing.</td> <td><input type="checkbox"/> Agree</td> <td><input type="checkbox"/> Disagree</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td>Grade 1</td> <td>Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, hearing, <b>ADHD</b>, physical examination, blood test (CBC), dental examination and fluoride varnish.</td> <td><input type="checkbox"/> Agree</td> <td><input type="checkbox"/> Disagree</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td>Grade 5</td> <td>Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, physical examination, dental examination and fluoride varnish.</td> <td><input type="checkbox"/> Agree</td> <td><input type="checkbox"/> Disagree</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td>Grade 9</td> <td>Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, <b>depression</b>, physical examination, blood test (CBC) for females.</td> <td><input type="checkbox"/> Agree</td> <td><input type="checkbox"/> Disagree</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> </tbody> </table>					Grade	Specific Screenings	Consent			KG1	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, and supervised tooth brushing.	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	Grade 1	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, hearing, <b>ADHD</b> , physical examination, blood test (CBC), dental examination and fluoride varnish.	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	Grade 5	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, physical examination, dental examination and fluoride varnish.	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	Grade 9	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, <b>depression</b> , physical examination, blood test (CBC) for females.	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	<b>الفحص المدرسي:</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>الصف</th> <th>الفحوصات</th> <th colspan="3">الإقرار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>رياض الأطفال</td> <td>يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر وبرنامج تفريش الاسنان المراقب.</td> <td><input type="checkbox"/> لا ينطبق</td> <td><input type="checkbox"/> غير موافق</td> <td><input type="checkbox"/> موافق</td> </tr> <tr> <td>الصف الأول</td> <td>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.</td> <td><input type="checkbox"/> لا ينطبق</td> <td><input type="checkbox"/> غير موافق</td> <td><input type="checkbox"/> موافق</td> </tr> <tr> <td>الصف الخامس</td> <td>يتضمن قياس الوزن وطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر، والكشف الطبي، وصحة الفم والاسنان وتطبيق مادة الفلورايد.</td> <td><input type="checkbox"/> لا ينطبق</td> <td><input type="checkbox"/> غير موافق</td> <td><input type="checkbox"/> موافق</td> </tr> <tr> <td>الصف التاسع</td> <td>يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وفحص النظر، وفحص الدم (تعداد الدم الكامل) للإناث، والكشف الطبي، وفحص الاكتئاب،</td> <td><input type="checkbox"/> لا ينطبق</td> <td><input type="checkbox"/> غير موافق</td> <td><input type="checkbox"/> موافق</td> </tr> </tbody> </table>					الصف	الفحوصات	الإقرار			رياض الأطفال	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر وبرنامج تفريش الاسنان المراقب.	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق	الصف الأول	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.	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق	الصف الخامس	يتضمن قياس الوزن وطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر، والكشف الطبي، وصحة الفم والاسنان وتطبيق مادة الفلورايد.	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق	الصف التاسع	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وفحص النظر، وفحص الدم (تعداد الدم الكامل) للإناث، والكشف الطبي، وفحص الاكتئاب،	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق
Grade	Specific Screenings	Consent																																																									
KG1	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, and supervised tooth brushing.	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A																																																							
Grade 1	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, hearing, <b>ADHD</b> , physical examination, blood test (CBC), dental examination and fluoride varnish.	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A																																																							
Grade 5	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, physical examination, dental examination and fluoride varnish.	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A																																																							
Grade 9	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, <b>depression</b> , physical examination, blood test (CBC) for females.	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A																																																							
الصف	الفحوصات	الإقرار																																																									
رياض الأطفال	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر وبرنامج تفريش الاسنان المراقب.	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق																																																							
الصف الأول	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.	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق																																																							
الصف الخامس	يتضمن قياس الوزن وطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر، والكشف الطبي، وصحة الفم والاسنان وتطبيق مادة الفلورايد.	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق																																																							
الصف التاسع	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وفحص النظر، وفحص الدم (تعداد الدم الكامل) للإناث، والكشف الطبي، وفحص الاكتئاب،	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق																																																							
<b>Annual Screening is conducted by the school health nurse</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grade</th> <th>Specific Screenings</th> <th colspan="3">Consent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KG 1 to Grade 12</td> <td>Weight and Height (BMI), Vital Signs, Vision, and mental health</td> <td><input type="checkbox"/> Agree</td> <td><input type="checkbox"/> Disagree</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> </tbody> </table>					Grade	Specific Screenings	Consent			KG 1 to Grade 12	Weight and Height (BMI), Vital Signs, Vision, and mental health	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	<b>الفحص السنوي: يتم إجراء الفحص السنوي من قبل الممرض في المدرسة</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>الصف</th> <th>الفحوصات</th> <th colspan="3">الإقرار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>الروضة الأولى حتى الصف الثاني عشر</td> <td>قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وعلامات الحيوية، وفحص النظر والصحة النفسية</td> <td><input type="checkbox"/> لا ينطبق</td> <td><input type="checkbox"/> غير موافق</td> <td><input type="checkbox"/> موافق</td> </tr> </tbody> </table>					الصف	الفحوصات	الإقرار			الروضة الأولى حتى الصف الثاني عشر	قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وعلامات الحيوية، وفحص النظر والصحة النفسية	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق																														
Grade	Specific Screenings	Consent																																																									
KG 1 to Grade 12	Weight and Height (BMI), Vital Signs, Vision, and mental health	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A																																																							
الصف	الفحوصات	الإقرار																																																									
الروضة الأولى حتى الصف الثاني عشر	قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وعلامات الحيوية، وفحص النظر والصحة النفسية	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق																																																							

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"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> موافق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	حقنة	الصف الأول	الحصبة، الحصبة الألمانية، والنكاف إذا لم يتم التطعيم في وقت سابق																									
Diphtheria, Tetanus, Acellular Pertussis, IPV		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"/> لا ينطبق	حقنة		DTAP الرباعي IPV - (الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي الالتهابي وشلل الأطفال العضلي)																									
Varicella Vaccine Second Dose		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"/> لا ينطبق	حقنة		لقاح الجدري المائي																									
Polio (OPV)	Grade 8	2 drops in mouth	<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"/> لا ينطبق	قطرتين عن طريق الفم	الصف الثامن	لقاح شلل الأطفال الفموي																									
HPV (Human Papilloma Virus)		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"/> لا ينطبق	حقنة		لقاح فيروس الورم الحليمي																									
Meningococcal Vaccine		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"/> لا ينطبق	حقنة		لقاح الحمى الشوكية																									
Tdap Vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)	Grade 11	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"/> لا ينطبق	حقنة	الصف الحادي عشر	Tdap الثلاثي (الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي)																									
Influenza Vaccine	Grade 1 and above	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"/> لا ينطبق	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 آخر، 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"/> أنا على دراية بأنه سيتم نقل طفلي إلى مركز صحي / مستشفى في حالة طارئ طبي. <input type="checkbox"/> أنا على دراية بأنه سيتم استخدام الادوية التالية عند الحاجة.																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medication</th> <th>Reason</th> <th colspan="3">Consent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Paracetamol</td> <td>To control mild to moderate pain &amp; Fever</td> <td><input type="checkbox"/> Agree</td> <td><input type="checkbox"/> Disagree</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> <tr> <td>Antihistamine Cream</td> <td>To relieve mild to moderate skin allergies</td> <td><input type="checkbox"/> Agree</td> <td><input type="checkbox"/> Disagree</td> <td><input type="checkbox"/> N/A</td> </tr> </tbody> </table>						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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>الدواء</th> <th>السبب</th> <th colspan="3">الإقرار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>البنادول</td> <td>لتخفيف درجة الحرارة ومسكن للألم</td> <td><input type="checkbox"/> موافق</td> <td><input type="checkbox"/> غير موافق</td> <td><input type="checkbox"/> لا ينطبق</td> </tr> </tbody> </table>						الدواء	السبب	الإقرار			البنادول	لتخفيف درجة الحرارة ومسكن للألم	<input type="checkbox"/> موافق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> لا ينطبق
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"/> لا ينطبق																																

Epinephrine	For acute allergic reaction	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق	للتخفيف من حالات حساسية الجلد البسيطة والمتوسطة	كريم مضاد للهستامين
Salbutamol inhaler	To control asthmatic symptoms	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق	للحساسية الحادة	الإبينيفرين
Lice Shampoo	To be sent to home with student	<input type="checkbox"/> Agree	<input type="checkbox"/> Disagree	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق	لأعراض الربو	فنتولين (سالبوتامول)
		<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> موافق	<input type="checkbox"/> لا ينطبق	<input type="checkbox"/> غير موافق	<input type="checkbox"/> 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

