

سجل الطالب الصحي

اسم الطالب كاملاً:	الجنسية:	
تاريخ الميلاد:	الجنس:	الصف:
معلومات عن ولي الأمر:		
اسم ولي الأمر:	رقم الهاتف المتحرك:	البريد الإلكتروني:
في حالة الطوارئ التواصل مع:		
الإسم:	رقم الهاتف المتحرك:	صلة القرابة:
1. هل يعاني طفلك من أي ظروف صحية خطيرة، مثل السكري، الربو، الصرع أو ما إلى ذلك؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد الحالة وإرفاق نسخة عن التقرير الطبي.		
2. هل يعاني طفلك من أي مشاكل بالسمع أو النظر أو النطق؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد.		
3. هل تعرض طفلك مسبقاً لأي عملية جراحية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد.		
4. هل يعاني طفلك من أي حساسية من الأدوية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد.		
5. هل يعاني طفلك من أي حساسية من الطعام؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد.		
6. هل يخضع طفلك إلى علاج مستمر؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد.		
7. هل تسمح للمدرسة بإعطاء الدواء لطفلك (أدول أو بنادول) في حال تعرضه لارتفاع في درجة حرارته أو إصابته بالصداع؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
8. هل لدى طفلك أي احتياجات أو رعاية خاصة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد.		

ملاحظة: في حال عدم إبلاغكم المدرسة بحدوث أي تغيير في حالة طفلكم الصحية، فإن ذلك قد يؤدي إلى التأخير باتخاذ الإجراءات الإدارية اللازمة. لذلك، عليكم إبلاغ المدرسة بأقرب وقت ممكن عن أية تغييرات في حالة طفلكم الصحية. يرجى إرفاق نسخة عن بطاقة التطعيم الخاصة بطفلكم.

أنا السيد / السيدة: _____ ولي أمر الطالب _____ الصف _____
أقر بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة. وأسمح لطبيب وممرضات المدرسة من اتخاذ جميع الإجراءات اللازمة في حالة تعرض طفلي للإصابات والجروح أو المرض (وذلك من خلال القيام بالإسعافات الأولية أو إعطائه الأدوية المتوفرة)

توقيع ولي الأمر: _____ التاريخ: _____