



المدرسة الأمريكية الألمانية  
AMERICAN GERMAN SCHOOL

البيانات الصحية – Health Information

تاريخ الميلاد Date of Birth	المرحلة Grade	الاسم Name
هاتف الطوارئ Emergency Mobile	هاتف الأم Mother's Mobile	هاتف الأب Father's Mobile

هل يعاني طفلك كم أحد الأمراض التالية؟	No	Yes, medication given	هل يعانى طفلك كم أحد الأمراض التالية؟
Diabetes	السكري		في حال نعم يرجى ذكر الدواء،
Epilepsy	الصرع		
Asthma	الربو		
Blood Disease	أمراض الدم		
Allergies	الحساسية		
Kidney Disease	أمراض الكلى		
Heart Disease	أمراض القلب		
Other, please specify	أمراض أخرى		

If the answer to any of the following is yes, please give details

في حالة إجابتك بنعم علي أي من الأسئلة التالية، الرجاء إعطاء تفاصيل أخرى

	No	If yes, please explain	في حال نعم يرجى الشرح
Is your child allergic to any medicine? هل يعاني طفلك من الحساسية لأي نوع من الأدوية؟			
Does your child suffer from any dietary problems? هل يعاني طفلك من أي نوع من المشاكل الغذائية؟			
Has your child had broken bones or undergone major surgery? هل تعرض طفلك لكسر أو خضع لعملية جراحية؟			
Is your child taking any prescribed medicine? هل يتناول طفلك أي نوع من أنواع الادوية؟			
Did your child receive any immunizations during the summer vacation? هل تلقى الطالب أي نوع من التطعيم أثناء العطلة الصيفية؟			
Does your child have any congenital malformations? هل يشكو ابنكم من أية تشوهات خلقية؟			
Does your child use or wear eye glasses or contact lenses? هل يستعمل النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة؟			
Does your child suffer from hearing difficulties? هل يشكو من مشاكل سمعية؟			
Is there any reason your child should not participate in the school's sports program? هل هناك دواعي لعدم مشاركته في الأنشطة الرياضية؟			

Did Your Son / daughter follow a particular treatment or take medication constantly?

If **YES**, Kindly bring a medical report with his prescription and meet the school nurse

هل يتبع ابنكم / ابنتكم علاج معين أو يأخذ دواء باستمرار، في حال النعم يرجى التكرم بإحضار تقرير عن الحالة مع الوصفة العلاجية ومقابلة ممرضة المدرسة

نعم Yes

كلا No

الحالة:



المدرسة الأمريكية الألمانية  
AMERICAN GERMAN SCHOOL

إقرار / Permission

أنا ولي أمر الطالب / بة : ..... الصف: .....

- أسمح لمرضة المدرسة بإعطاء إبني / إبنتي الدواء ومعالجتهم إن احتاجوا لذلك واستعمال الإسعافات الأولية ونقلهم إلى المستشفى في حالات الطوارئ.
- أقر بأن المعلومات الصحية التي ذكرتها صحيحة ولم أخف عن المدرسة أي حالة صحية خاصة بـ إبني / إبنتي .
- أقر بإخلاء مسؤولية المدرسة كاملة عن أي حالة صحية لإبني / إبنتي متعلقة بمرض مزمن أو حالة صحية لم أقم بالإعلان عنها.
- I, ....., hereby give permission to the school nurse to administer first aid, and to act in daily care and emergencies, including admittance to the hospital in case of emergency.
- I confirm that all health related information provided by me for my child is correct and true. And that I have not kept any additional information confined to me.
- I confirm that school does not bear any responsibilities of my child's chronic disease or health condition that has not been declared in the form by me.

Notice:

If your child has any other health problems not mentioned above whether minor or major please inform the health office.

ملحوظة مهمة:

إذا كان لإبنكم / ابنتكم مشاكل صحية لم يتم ذكرها سواء صغيرة أو كبيرة الرجاء مناقشتها مع عيادة المدرسة وذلك للأهمية ولمصلحة الطالب.

ملاحظة: .....

توقيع ولي الأمر : .....

التاريخ : .....