



دار المعرفة  
dar al marefa

## SCHOOL HEALTH FORMS السجل الصحي للمدرسة

### CONSENT FOR IMMUNIZATION

### موافقة على إجراء التطعيمات

Child's Name: \_\_\_\_\_

اسم الطالب: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

Class/Grade: \_\_\_\_\_

الفصل/الصف: \_\_\_\_\_

#### Please Tick (✓)

#### الرجاء الإشارة بعلامة (✓)

I give consent for immunization of my child

أصرح بأن تعطي التطعيمات اللازمة لابني/ لابنتي

I do not give consent for immunization of my child.

لا أوافق على إعطاء التطعيمات لابني/ لابنتي

Name & Signature: \_\_\_\_\_

الاسم والتوقيع: \_\_\_\_\_

#### Does your child have a medical Insurance?

#### هل لدى ابنكم / ابنتكم تأمين صحي؟

Yes  No

نعم  لا

#### Parent / Guardian

#### الأهل/الوصي

P.O.Box: \_\_\_\_\_

صندوق البريد: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

Please provide the following information to update  
your child's health record

يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية

لإضافتها إلى الملف الصحي لابنكم / لابنتكم

**Kindly provide the school with your child's original immunization card  
upon registration**

**وارسال سجل التحصينات/ المطاعيم الأصلي**

#### Child History of illness:

سجل الأمراض ما قبل الدخول إلى المدرسة:

Please tick (✓) as appropriate

الرجاء وضع علامة (✓) في المكان المناسب

Infectious Disease	الالتهابات	YES	No	Non-Infectious Disease	أمراض أخرى	YES	No
Diphtheria	دفتيريا			Accidents	حوادث		
Dysentery	زحار			Allergies(specific)	حساسية (حدد النوع)		
Infective Hepatitis	التهاب الكبد			Bronchial Asthma	ربو		
Measles	حصبة			Congenital Heart Disease	أمراض القلب		
Mumps	نكاف			Diabetes Mellitus	سكري		
Poliomyelitis	شلل الأطفال			Epilepsy	داء الصرع		
Rubella	الحصبة الألمانية			G6PD (Glucose6-Phosphate Dehydrogenase deficiency)	التقويل		
Scarlet Fever	الحمى القرمزية			Rheumatic Fever	حمى الروماتيزم		
Tuberculosis	السل			Surgical Operation	عمليات جراحية		
Whooping Cough	السعال الديكي			Thalassemia	ثلاسيميا		
Chicken Pox	جدري الماء						

if yes, specify month/year of illness and

إذا كان الرد بنعم يرجى تحديد تاريخ حدوث الإصابة

complete history of illness

وتوضيح تفاصيل المرض

Blood Transfusion No Yes, Frequency: \_\_\_\_\_

نقل دم كلا  نعم ، عدد المرات: \_\_\_\_\_

Hospitalization No Yes, Reason: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

دخول المستشفى كلا  نعم ، السبب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

Family History: Diabetes- Hypertension- Mental Disorder- Stroke- Tuberculosis-

تاريخ العائلة:سكري، ضغط، اضطرابات عصبية، جلطة دماغية، سل

Other, Specify \_\_\_\_\_

غير ذلك حدد \_\_\_\_\_

Licensed School Nurse Signature: \_\_\_\_\_

توقيع ممرضة المدرسة: \_\_\_\_\_