

Permission إقرار

أنا ولي أمر الطالب / ة : الصف:
• أسمح لممرضة 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.
- بإخلاء مسؤولية المدرسة كاملة عن أي حالة صحية لإبني / إبنتي متعلقة بمرض مزمن أو حالة صحية لم أقم بالإعلان عنها.
- بإخلاء مسؤولية مدرسة نورث وست ثنائية اللغة كاملة عن أي عدوى موسمية منتشرة بين الأطفال.

I, Grade:
Print Parent's Name
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:

- 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 the 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.
- Northwest Bilingual School is not responsible for the contraction of common contagious diseases by your child.

Notice:

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

ملحوظة مهمة:

إذا كان لابنكم / ابنتكم مشاكل صحية لم يتم ذكرها الرجاء مناقشتها مع عيادة المدرسة وذلك للأهمية ولمصلحة الطالب.

Notes: ملاحظة:

Parent's Signature: توقيع ولي الأمر:

Date: التاريخ:

Health Information البيانات الصحية

المرحلة الإسم
Grade Name

Has your child been diagnosed with any of the following?

هل يعاني طفلك من احد الأمراض التالية؟

	No	Yes, medication given	في حال نعم يرجى ذكر الدواء
Diabetes السكري			
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 **أخرى** الرجاء إعطاء تفاصيل أخرى في حالة إجابتك بنعم على 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 الأدوية؟			
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 يشتكي 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 يشتكي 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؟			

Does 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 (نعم) يرجى التكرم بإحضار تقرير عن الحالة مع الوصفة العلاجية ومقابلة ممرضة المدرسة

Yes نعم

No كلا

..... الحالة :
.....

- Original copy in the Registration Office
- Copy (2 sides) for the School Clinic

- النسخة الأصلية لقسم التسجيل
- نسخة مصورة (الوجهين) لعيادة المدرسة