

CONSENT FOR IMMUNIZATION

الموافقة على التطعيم

رقم التعريف للطالب: _____
 رقم الاستمارة: _____
 إسم الطالب: _____
 تاريخ الميلاد: _____
 الصف: _____

Please Tick:

- I give the consent for the immunization of my child
 - I don't agree for immunization of my child

- يرجى وضع علامة
 أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي التطعيم
 لا أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي التطعيم

اسم ولي أمر الطالب وتوقيعه: _____
 صندوق البريد: _____
 رقم الهاتف: _____

Please provide the following information to update
 your child's school health record and send his/her
 ORIGINAL IMMUNIZATION CARD to the School Doctor.
 Is your child currently taking Medicine **YES/NO**

يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية لتحديث السجل
 الصحي المدرسي لطفلك مع إرسال
 كرت التطعيم الأصلي لطبيب المدرسة.
 هل يأخذ ابنك أية أدوية حالياً **نعم/لا**

Child's History Illness:

Please tick where appropriate,
 if Yes, please specify month/year of illness

تاريخ الطفل المرضي:
 الرجاء وضع علامة في المكان المناسب,
 كما يرجى تحديد أشهر/ سنوات المرض

Infectious Disease/ أمراض معدية	YES/نعم	NO/كلا	Other/ أخرى	YES/نعم	NO/كلا
Diphtheria/ الديفتريا			Accidents/ حوادث		
Dysentery/ الديسنتاريا			Allergies/ حساسية		
Infective Hepatitis/ التهاب الكبد الوبائي			Bronchial Asthma/ ربو		
Measles/ الحصبة			Congenital Heart Disease/ مرض قلب خلقي		
Mumps/ النكاف			Diabetes Mellitus/ مرض السكري		
Poliomyelitis/ شلل الأطفال			Epilepsy/ صرع		
Rubella/ الحصبة الألمانية			Surgical Operation/ عمليات جراحية		
Scarlet Fever/ الحمى القرمزية			Rheumatic Fever/ الحمى الروماتيزمية		
Tuberculosis/ مرض السل			Thalassemia/ الثلاسيميا		
Whooping Cough/ سعال ديكى			G6PD (Glucose6-Phosphate		
Chicken Pox/ الجدري			Dehydrogenase deficiency)/ الفوال (أنيميا)		

If yes, write the year of illness and history

إذا كانت الإجابة نعم، اكتب تاريخ المرض وسنواته:

Historical Information:

التاريخ المرضي:

Blood Transfusion: yes/نعم No/كلا

نقل الدم:

Frequency: _____ عدد المرات:

Hospitalization: yes/نعم No/كلا

العلاج في المستشفى:

Reason & Date: _____ السبب والتاريخ:

Family History: Diabetes/ سكري Hypertension/ ارتفاع ضغط الدم Mental Disorder/ خلل عقلي
 Stroke/ ذبحة صدرية Tuberculosis/ مرض السل

If other, please specify _____ في حال وجود أمراض أخرى، الرجاء تحديدها



نموذج الموافقة على الإسعافات الأولية والعلاج الطبي MEDICATION(S) FIRST AID AUTHORISATION FORM

The following medications are available in the school clinics and used in emergencies, for those students in the Primary School parents shall be called prior to administration of any oral medication:

تتوفر الأدوية التالية في عيادات المدرسة وتستخدم في حالات الطوارئ. يتم إبلاغ أولياء الأمور قبل إعطاء أي دواء عن طريق الفم لطلاب المرحلة الابتدائية:

Paracetamol Syrup/Tablets الباراسيتامول شراب/ أقراص

Brufen (Ibuprofen) Syrup/Tablets بروفين (ايبوبروفين) شراب/ أقراص

Ponstan tablets البونستان أقراص

Zyrtec Syrup/Tablets زيرتك شراب/ أقراص

Buscopan Tablets بسكوبان أقراص

Scopinal Syrup سكوبينال شراب

Prospan syrup البروسبان شراب

Bronchium Elixir برونكيوم إلكسير

Fenistil gel فنستيل جل

Reparil Gel ريبارل جل

Voltaren Emugel فولتارين إيموجل

Fucidin ointment فيوسيدين مرهم

Betadine بيتادين

Flamazine فللامازين

Strepsils ستربسيل

Headache, fever, pain حالات الصداع أو الحمى أو الألم

Pain حالات الألم

Pain حالات الألم

Allergies حالات الحساسية

Abdominal pain حالات الام البطن

Abdominal pain حالات الام البطن

Productive cough حالات السعال مع البلغم

Dry cough حالات السعال الجاف

Insect bites حالات لدغ الحشرات

Post-traumatic swelling حالات التورم بعد الصدمات

Joint or Muscular pain حالات الام المفاصل أو العضلات

Wound dressings حالات تضميد الجروح

Wound cleaning حالات تنظيف الجروح

Burns حالات الحروق

Sore throat حالات التهاب الحلق

MEDICATION ALLERGIES

الحساسية من الأدوية:

Kindly tick the appropriate box.

الرجاء وضع علامة في الخانة المناسبة:

I ALLOW MY CHILD TO RECEIVE MEDICATIONS FROM THE SCHOOL CLINIC.

أسمح لطفلي بالحصول على الأدوية اللازمة من عيادة المدرسة

I DO NOT ALLOW MY CHILD TO RECEIVE MEDICATIONS FROM THE SCHOOL CLINIC.

لا أسمح لطفلي بالحصول على الأدوية من عيادة المدرسة

Parent's Name & Signature _____ اسم ولي أمر الطالب وتوقيعه:

SCHOOL HEALTH RECORD CONSENT & DECLARATION

السجل الصحي المدرسي الموافقة والتصريح

NOTE: For enrolment into Ajjal International School –
All student health data is to be stored in the

ملحوظة: للتسجيل في مدرسة أجبال الدولية – يتم تخزين البيانات الصحية
لجميع الطلبة في العيادة

School Clinic.

The following consents and declarations are valid for the duration of time that your son/daughter attends Ajjal International School, unless you inform the school otherwise in writing or by telephoning the School Nurse directly.

المدرسية.
تعد الموافقات التالية صالحة ويسري العمل بها طوال فترة حضور ابنك/إبنتك في مدرسة أجبال الدولية، ما لم يتم إخطار المدرسة بخلاف ذلك سواء كتابيا أو بالاتصال المباشر بمرضة المدرسة.

As the parent / guardian of the student I give my consent to the following:

بصفتي ولي أمر الطالب / الوصي أوافق على ما يلي :

1. Consent for Emergency Treatment

Should your child require prompt medical treatment you will be contacted and asked to collect your child from the school. In the event of a serious emergency, an ambulance will be called immediately. You will be contacted and advised to meet at the Hospital.

- I consent to my child receiving emergency care by a licensed healthcare provider as outlined above.

1. الموافقة على العلاج في حالات الطوارئ.
سيتم التواصل معك لأخذ ابنك / إبنتك من المدرسة حينما يتوجب علاجه معالجة طبية عاجلة. في حال وقوع حالة طارئة خطيرة، سوف يتم استدعاء سيارة الإسعاف على الفور والتواصل معك لمقابلة الحالة في المستشفى
• أوافق على تلقي طفلي الرعاية في حالات الطوارئ من مقدمي خدمات الرعاية الصحية المرخص لهم بذلك كما هو مبين أعلاه .

2. Parent Disclosure

The School requires parents to disclose any health and/or special educational needs at the time of the application on the School Application Form. Failure to do so may result in the parent paying additional costs for support.

2. تصريح من ولي الأمر :
يلزم على ولي الأمر التصريح بأي حالة مرضية و / أو إحتياجات تعليمية خاصة لدى ابنه/ابنته عند تعبئة استمارة التسجيل في المدرسة. قد يؤدي عدم إستيفاء تلك المعلومات الى دفع تكاليف مالية إضافية للحصول على الدعم اللازم.

The School also reserves the right to withdraw the student's place in the light of incomplete disclosure.

تحتفظ المدرسة بالحق في سحب مكان الطالب عند عدم إستيفاء جميع البيانات المطلوبة.

- I have understood and agree to the above conditions.

• أفهم جيدا و أوافق على الشروط أعلاه.

3. School Health Screening

The Health Authority of Abu Dhabi (HAAD) mandates that all children are given an annual health check, including vision, height, weight, and body mass index (BMI). Parents of children identified with possible issues will be contacted by the School Nurse. Results of screening are not shared with students. All results are recorded in your child's school health record and transferred to HAAD as mandated. Further information regarding this please refer to the HAAD website <http://www.haad.ae>

- I consent to my child's participation in the mandated HAAD health screening.

3. الفحص الصحي المدرسي:

تؤكد هيئة الصحة - أبوظبي على ضرورة الالتزام بالفحص الصحي لجميع الأطفال سنويا، ويشمل ذلك فحص النظر والطول والوزن ومؤشر كتلة الجسم .
في حالة ظهور مشاكل صحية لدى أحد الطلبة ستقوم ممرضة المدرسة بالتواصل مع ولي الأمر بهذا الخصوص. كما لن يتم مشاركة نتيجة الفحص الصحي مع الطالب وستقوم بتسجيل جميع النتائج في سجل الطالب الصحي الموجود في المدرسة مع التأكد من تقديم جميع نتائج الفحص الصحي إلى هيئة الصحة – أبوظبي . لمزيد من المعلومات يرجى الرجوع الى موقع هيئة الصحة - أبوظبي <http://www.haad.ae>
• أوافق على مشاركة طفلي في الفحص الصحي الإلزامي لهيئة الصحة - أبوظبي .

Parent Name (Print): _____

إسم ولي الأمر : _____

Parent Signature: _____

توقيع ولي الأمر : _____

Date: _____

التاريخ : _____