

## تاريخ الطالب الصحي

### تفاصيل الطالب

اسم الطالب بالكامل:

تاريخ الميلاد: / / الجنسية:

### ارقام الهواتف

الاسم: الاسم:

هاتف المنزل: نقال: هاتف المنزل: نقال:

هاتف العمل: هاتف العمل:

### ارقام هواتف اضافية لحالات الطوارئ

الاسم: الهاتف:

الاسم: الهاتف:

### التاريخ الطبي للطالب

(يرجى وضع دائرة على المكان المراد تحديده في حالة اصابة الطالب به)

- الجذري المائي  سكر  اكزيما  نكاف  حصبه  
 ربو شعبي  حمى روماتيزمية  صرع  امراض في الدم  مشكلة في النطق

في حال وجود احد الامراض المزمنة الرجاء ذكر اسم الطبيب المعالج والمركز والعلاج المستخدم.

### التاريخ الصحي للعائلة

(الام، الاب، الجد، الجده) ان وجد

الدرن: الصرع:

سكر: اي امراض اخرى:

انا وولي الامر الموقع ادناه/اسمح لطبيبة المدرسة باعطاء ابني/ابنتي الدواء ومعالجتهم ان احتاجوا لذلك واستعمال الاسعافات الاولية وادخالهم المستشفى في حالات الطوارئ.

اسم ولي الامر: التاريخ: / /

التوقيع:

**STUDENT MEDICAL HISTORY**

**STUDENT DETAILS**

First Name: \_\_\_\_\_ Father's Name: \_\_\_\_\_ Family Name: \_\_\_\_\_  
Date of birth: / / Nationality: \_\_\_\_\_

**CONTACTS IN CASE OF ILLNESS**

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Home tel.: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_ Home tel.: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
Work telephone: \_\_\_\_\_ Work telephone: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACTS**

Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

**STUDENT'S MEDICAL HISTORY**

*Please tick if the student has suffered from any of the following:*

- Chicken Pox     Diabetes     Eczema     Mumps     Measles  
 Asthma     Rheumatic fever     Epilepsy     Blood diseases     Speech problems

Has the student got any chronic medical problems?     Yes     No    If YES please give details below:

**FAMILY MEDICAL HISTORY**

*Please give details if there is any family history of the following illnesses:*

TB: \_\_\_\_\_ EPILEPSY: \_\_\_\_\_  
DIABETES: \_\_\_\_\_ OTHERS: \_\_\_\_\_

I hereby give permission to the school doctor to administer first aid, and to act in casualties and emergencies, including Admittance to hospital in case of emergency.

Name of parent/guardian: \_\_\_\_\_ Date: / /

Signature: \_\_\_\_\_