

Student Medical Form & Consent Forms

Dear Parent / Guardian of the student:

Please fill the following form accurately to ensure maintaining and monitoring your child's health and wellbeing during the school year.

الاستمارة الصحية للطالب ونموذج الموافقة

عزيزي ولي أمر / الوصي الشرعي الطالب / الطالبة:

الرجاء مراعاة الدقة في ملئ الاستمارة التالية وذلك حفاظا على صحة وسلامة ابنكم / ابنتكم ومتابعة حالتهم الصحية خلال العام الدراسي.

School Information		بيانات المدرسة	
School Name:.....	.....	اسم المدرسة:.....	.....
Grade:.....Section:.....	.....	الصف:.....	الشعبة:.....
Student Information		بيانات الطالب / الطالبة	
Full Name:.....	.....	الاسم الكامل:.....	.....
Gender:.....Nationality:.....	.....	الجنس:.....	الجنسية:.....
Date of Birth: DD/MM/YYYY	.....	تاريخ الميلاد: DD/MM/YYYY	.....
Emirates ID:.....	.....	الهوية الإماراتية:.....	.....
Parent / Legal Guardian Information		بيانات ولي الأمر أو الوصي الشرعي:	
Full Name:.....	.....	الاسم الكامل:.....	.....
Relationship:.....Emirate:.....	.....	صلة القرابة:.....	الإمارة:.....
Mobile Number (1):(05_)-(.....)	.....	رقم الهاتف المتحرك (1): (05_)-(.....)	.....
Mobile Number (2):(05_)-(.....)	.....	رقم الهاتف المتحرك (2): (05_)-(.....)	.....
Email Address:.....	.....	البريد الإلكتروني:.....	.....
In case of Emergency and we are unable to reach the parent / guardian, the following person can be contacted:		في حال الطوارئ ولم نتمكن من الوصول إليكم، يمكننا الاتصال ب:	
Name:.....	.....	الاسم:.....	.....
Relationship:.....Mobile Number:(05_)-(.....)	.....	صلة القرابة:.....	رقم الهاتف المتحرك: (05_)-(.....)

Student Medical History				التاريخ الطبي للطالب		
Health Problem	Yes	No	Comments	الملاحظات	لا	نعم
Does the student suffer from any allergy to medicine, food, dust, etc.? If yes, please specify in comments.	☐	☐			☐	☐
Does the student suffer from any cardiovascular problem?	☐	☐			☐	☐
Does the student suffer from diabetes?	☐	☐			☐	☐
Does the student suffer from hypertension?	☐	☐			☐	☐
Does the student suffer from bronchial asthma?	☐	☐			☐	☐
Does the student suffer from renal problems?	☐	☐			☐	☐

Does the student suffer from epilepsy or convulsion seizures?	☐	☐	☐	☐	هل يعاني الطالب / الطالبة من نوبات صرع أو نوبات تشنج؟
Does the student suffer from epistaxis?	☐	☐	☐	☐	هل يعاني الطالب / الطالبة من رفاف متكرر (نزيف الأنف)؟
Does the student suffer from hemolytic anemia, type G6PD?	☐	☐	☐	☐	هل الطالب / الطالبة مصاب بمرض أنيميا الفول تكسر الدم؟
Does the student suffer from any hereditary blood disease (e.g., Thalassemia, sickle cell anemia, hemophilia)? If yes, please specify in comments.	☐	☐	☐	☐	هل الطالب / الطالبة مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، الأنيميا المنجلية، الهيموفيليا؟)، يرجى ذكر المرض في الملاحظات.
Does the student suffer from any skin problem? If yes, please specify in comments.	☐	☐	☐	☐	هل يعاني الطالب / الطالبة من أي مشاكل جلدية؟ يرجى ذكر المرض في الملاحظات.
Does the student suffer from any eye problem (Myopia, Hyperopia)? If yes, please specify in comments	☐	☐	☐	☐	هل يعاني الطالب / الطالبة من أي مشاكل في العيون (طول نظر أو قصر نظر)؟ يرجى ذكر المرض في الملاحظات
Does the student suffer from any hearing problem?	☐	☐	☐	☐	هل يعاني الطالب / الطالبة من مشاكل في السمع؟
Does the student use any medical aid device? If yes, please specify the device details in comments	☐	☐	☐	☐	هل يستخدم الطالب / الطالبة أجهزة طبية مساعدة؟ ما هي؟
Did the student undergo any surgery in the past? If yes, please specify the reasons in comments	☐	☐	☐	☐	هل سبق أن أجريت للطالب/الطالبة عمليات جراحية؟ ما هي إن وجدت.
Was the student ever hospitalized? If yes, please specify the reasons in comments	☐	☐	☐	☐	هل أدخل الطالب / الطالبة للمستشفى من قبل؟ اذكر السبب في حال كانت الإجابة نعم
Does the student have any health condition that could weaken the immune system such as cancer (blood cancer, lymphoma), or an organ transplant? If yes, please specify in comments.	☐	☐	☐	☐	هل يعاني الطالب / الطالبة من أي حالة قد تضعف الجهاز المناعي مثل: السرطان (سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية) أو زراعة الأعضاء؟ يرجى ذكرها إن وجدت.
Did the student get any blood, antibodies, or plasma transfusion in the past?	☐	☐	☐	☐	هل تعرض الطالب / الطالبة لنقل دم أو أجسام مضادة أو بلازما في السابق؟
Did the student suffer from any of the following diseases: (Mumps, Measles, Diphtheria, Pertussis, Chickenpox, Tuberculosis)? If yes, please specify details in comments.	☐	☐	☐	☐	هل أصيب الطالب / الطالبة بأحد الأمراض التالية: (التكاف، الحصبة، الدفتيريا، السعال، الديكي، الجدري، المائي، السل)؟ يرجى ذكر المرض.
Does the student suffer from viral hepatitis?	☐	☐	☐	☐	هل أصيب الطالب / الطالبة بعدوى التهاب الكبد الوبائي؟

Did the student suffer from poliomyelitis?	☐	☐	☐	☐	هل أصيب الطالب/الطالبة بعدوى شلل الأطفال؟
Did the student suffer from any mental or behavioral problem? If yes, please specify in comments.	☐	☐	☐	☐	هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل نفسية أو سلوكية؟ يرجى ذكرها إن وجدت
Does the student suffer from any other problem or disease not mentioned here? If yes, please specify in comments.	☐	☐	☐	☐	هل يعاني الطالب/الطالبة من أي مشاكل أو أمراض أخرى لم يتم ذكرها؟ يرجى ذكر المرض إن وجد.

Parental Consent

Please note that all consents are valid for the duration of time that your child attends the school. As the parent / guardian of the mentioned student, I give my consent to the following:

Consent for School Health Screening

School Screening are medical tests done for early detection of disease among school students and includes a multidisciplinary team consists of a: physician, nurse, medical technician, and dentist.

School Health Screening

Grade	Specific Screenings	Consent		
KG1	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, and supervised tooth brushing.	☐	☐	☐
		Agree	Disagree	N/A
Grade 1	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, hearing, ADHD, physical examination, blood test (CBC), dental examination and fluoride varnish.	☐	☐	☐
		Agree	Disagree	N/A
Grade 5	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, physical examination, dental examination and fluoride varnish.	☐	☐	☐
		Agree	Disagree	N/A
Grade 9	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, depression, physical examination, blood test (CBC) for females.	☐	☐	☐
		Agree	Disagree	N/A

موافقة ولي الأمر / الوصي الشرعي

يرجى الملاحظة أن جميع الموافقات سارية المفعول طوال مدة حضور طفلك للمدرسة. أقر بأنني ولي أمر / الوصي الشرعي للطالب (ة) المذكور (ة)، أوافق على ما يلي:

الفحص المدرسي:

يشمل الفحص فريق متكامل يتكون من: طبيب، ممرض، فني سحب دم، وطبيب أسنان للكشف المبكر عن الأمراض لفئات معينة من طلاب المدارس.

الفحص المدرسي:

الصف	الفحوصات	الإقرار		
رياض الأطفال	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر وبرنامج تفريش الأسنان المراقب.	☐	☐	☐
		لا ينطبق	غير موافق	موافق
الصف الأول	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص الدم (فحص تعداد الدم الكامل)، وفحص النظر، وفحص السمع، والكشف الطبي، وصحة الفم والأسنان وتطبيق مادة الفلورايد، وفحص اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط.	☐	☐	☐
		لا ينطبق	غير موافق	موافق
الصف الخامس	يتضمن قياس الوزن وطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر، والكشف الطبي، وصحة الفم والأسنان وتطبيق مادة الفلورايد.	☐	☐	☐
		لا ينطبق	غير موافق	موافق
الصف التاسع	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وفحص النظر، وفحص الدم (تعداد الدم الكامل) للإناث، والكشف الطبي، وفحص الاكتئاب،	☐	☐	☐
		لا ينطبق	غير موافق	موافق

Annual Screening is conducted by the school health nurse

Grade	Specific Screenings	Consent		
KG 1 to Grade 12	Weight and Height (BMI), Vital Signs, Vision, and mental health	☐	☐	☐
		Agree	Disagree	N/A

الفحص السنوي: يتم إجراء الفحص السنوي من قبل الممرض في المدرسة

الصف	الفحوصات	الإقرار		
الروضة الأولى حتى الصف الثاني عشر	قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وعلامات الحيوية، وفحص النظر والصحة النفسية	☐	☐	☐
		لا ينطبق	غير موافق	موافق

Immunization Consent

Vaccines play a vital role in prevention of infectious diseases as declared by the cabinet decree no. 14, the student is required to take the below mentioned vaccines.

التطعيمات:

نظرا للدور المهم الذي يلعبه تناول اللقاحات كنهج وقائي قوي للصحة العامة ضد مجموعة من الأمراض المعدية ووفقا للقرار الوزاري رقم (14)، من المقرر أن يحصل الطالب على التطعيمات الموضحة أدناه.

Vaccine	Grade	Route	Consent			الإقرار			طريقة إعطاء اللقاح	الوصف	التفاح
Second dose of Measles, Mumps, Rubella (MMR), if not vaccinated earlier	Grade 1	Injection	☐	☐	☐	☐	☐	☐	حقنة	الصف الأول	الحصبة، الحصبة الألمانية، والنكاف إذا لم يتم التطعيم في وقت سابق
Diphtheria, Tetanus, Acellular Pertussis, IPV		Injection	☐	☐	☐	☐	☐	☐	حقنة		اللقاح الرباعي DTAP (الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي للاطفال وشلل الأطفال العضلي)
Varicella Vaccine Second Dose		Injection	☐	☐	☐	☐	☐	☐	حقنة		لقاح الجدري المائي
Polio (OPV)	Grade 8	2 drops in mouth	☐	☐	☐	☐	☐	☐	قطرتين عن طريق الفم	الصف الثامن	لقاح شلل الأطفال الفموي
HPV (Human Papilloma Virus)		Injection	☐	☐	☐	☐	☐	☐	حقنة		لقاح فيروس الورم الحليمي
Meningococcal Vaccine		Injection	☐	☐	☐	☐	☐	☐	حقنة		لقاح الحصى الشوكية
Tdap Vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)	Grade 11	Injection	☐	☐	☐	☐	☐	☐	حقنة	الصف الحادي عشر	اللقاح الثلاثي Tdap (الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي)
Influenza Vaccine	Grade 1 and above	Injection	☐	☐	☐	☐	☐	☐	حقنة	الصف الأول وما فوق	تطعيم الانفلونزا

If **disagree** for vaccination, please state the reason:

- ☐ Vaccination dose mentioned above has been administered previously.
☐ Medical condition that prevents from taking the vaccination currently.
☐ Student is allergic to yeast or one of the components of the vaccine, please share a copy of the medical report.
☐ Other reason, please specify:.....

في حال **عدم الموافقة**، يرجى ذكر السبب:

- ☐ تم أخذ جرعة التطعيم المذكورة أعلاه مسبقا
☐ وجود حالة طبية تمنعه من أخذ التطعيم في الوقت الحالي، يرجى تزويد نسخة من التقرير الطبي.
☐ وجود حساسية تجاه الخميرة أو أحد مكونات اللقاح، يرجى تزويد نسخة من التقرير الطبي
☐ أسباب أخرى، يرجى التحديد:.....

Emergency Treatment Consent

In the event that your child requires emergency treatment, you will be contacted and asked to collect your child from school. If the school is unable to contact you, your child will be taken to a health center / hospital for diagnosis and treatment. In the event of a serious incident, an ambulance will be called immediately.

☐ I understand that my child will be taken to a health center / hospital in the event of a medical emergency.

☐ I understand that the following medications will be administered when necessary.

Medication	Reason	Consent		
Paracetamol	To control mild to moderate pain & Fever	☐	☐	☐
		Agree	Disagree	N/A
Antihistamine Cream	To relieve mild to moderate skin allergies	☐	☐	☐
		Agree	Disagree	N/A

الموافقة على خدمات علاجية طارئة

في حال احتاج طفلك إلى علاج طارئ، سيتم الاتصال بك وطلب منك اصطحاب طفلك من المدرسة. إذا لم تتمكن المدرسة من الاتصال بك، فسيتم نقل طفلك إلى مركز صحي / مستشفى للتشخيص والعلاج. في حالة وقع حادث خطير، سيتم استدعاء سيارة إسعاف على الفور.

☐ أنا على دراية بأنه سيتم نقل طفلي إلى مركز صحي / مستشفى في حالة طارئ طبي.

☐ أنا على دراية بأنه سيتم استخدام الأدوية التالية عند الحاجة.

الدواء	السبب	الإقرار		
البنادول	لتخفيف درجة الحرارة ومسكن للألم	☐	☐	☐
		لا ينطبق	غير موافق	موافق

Epinephrine	For acute allergic reaction	☐	☐	☐	☐	☐	☐	للتخفيف من حالات حساسية الجلد البسيطة والمتوسطة للحساسية الحادة	كريم مضاد للهستامين
Salbutamol inhaler	To control asthmatic symptoms	☐	☐	☐	☐	☐	☐	لأعراض الربو	الإبينيفرين
Lice Shampoo	To be sent to home with student	☐	☐	☐	☐	☐	☐	لإرسالها للبيت مع الطالب	فنتولين (سالبوتامول)
		Agree	Disagree	N/A	لا ينطبق	غير موافق	موافق		شامبو علاج القمل
		Agree	Disagree	N/A	لا ينطبق	غير موافق	موافق		
		Agree	Disagree	N/A	لا ينطبق	غير موافق	موافق		
		Agree	Disagree	N/A	لا ينطبق	غير موافق	موافق		

Parent / Guardian Signature:.....

Date: DD/MM/YYYY

توقيع ولي الأمر / الوصي الشرعي:.....

DD/MM/YYYY التاريخ:

لمزيد من المعلومات حول برنامج الصحة المدرسية الشامل والتطعيمات، قم بمسح الرمز

For more information about the School Health Program and Vaccination, scan the QR code

