



23 October 2025
015/Par/25

23 أكتوبر 2025
015/Par/25

السادة أولياء الأمور المحترمين،

Dear Parents,

As per our instruction from the Ministry of Health, the school has been directed that all students in the school need to have the student medical history form completed as attached in either English or Arabic with child's Emirates ID copy, vaccination card copy and insurance card copy. Should you have any questions on this matter then please speak to the School Nurse, Ms Mitzi.

This form should be emailed to administrator@fpa.sch.ae by **Tuesday 28th October.**

Thanking you for your assistance.

Yours sincerely,


Jan Brettingham Ms
Principal

تحية طيبة وبعد،

بناءً على التوجيهات الصادرة إلينا من وزارة الصحة، تم إبلاغ المدرسة بأنه يتوجب على جميع طلاب المدرسة إتمام نموذج التاريخ الطبي للطالب (النموذج المرفق) إما باللغة الإنجليزية أو باللغة العربية، مع إرفاق نسخة من بطاقة الهوية الإماراتية للطالب، ونسخة من بطاقة التطعيم، ونسخة من بطاقة التأمين الصحي. إذا كانت لديكم أي استفسارات بهذا الشأن، يرجى التواصل مع ممرضة المدرسة (السيدة ميتزي).

يجب إرسال النموذج عبر البريد الإلكتروني التالي: administrator@fpa.sch.ae وذلك في موعد غايته يوم الثلاثاء الموافق 28 أكتوبر. نشكر لكم تعاونكم ومساعدتكم.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،

المديرة
السيدة/ جان برتنجهام



UNITED ARAB EMIRATES
MINISTRY OF HEALTH & PREVENTION

Student Medical History Form

Student No.:

Dear Parent/Guardian:

Kindly fill this form about the medical history of your child by answering **Yes** or **No**. If any answer is Yes, please provide us with dates & details.

Student Data:		
Student Name: _____	Gender: _____	Nationality _____
Date of Birth: _____	School: _____	Class: _____
Guardian's Name: _____	Relation to Student: _____	
Religion: _____	1 st Language: _____	
Student's / Guardian's Contact:		
Emirate: _____	Area: _____	Street: _____
Home Phone No: _____	1 st Mobile Phone No: _____	2 nd Mobile No: _____
Required Documents Attached:		
- Emirates IC Copy	Yes ☐	No ☐
- Vaccination Card Copy	Yes ☐	No ☐
- Insurance Card Copy	Yes ☐	No ☐

No.	Health Concerns	YES	NO	Comment
1.	Does the student have any allergy or sensitivity to medications/ food/...etc. Please mention it if there is any _____			
2.	Does the student suffer from any cardiac problems?			
3.	Is the student Diabetic?			
4.	Does the student have hypertension?			
5.	Is the student asthmatic?			
6.	Does the student suffer from any renal problem?			
7.	Does the student suffer from recurrent urinary tract infection?			
8.	Does the student suffer from epilepsy/ seizures?			
9.	Is the student suffering from G6PD deficiency?			
10.	Does the student have any chronic blood disease? (Thalassemia, Anemia, Hemophilia...etc)			
11.	Does the student suffer from recurrent epistaxis (nasal bleeding)?			
12.	Does the student have any skin problems?			

continuation of page 1:

13.	Does the student have any eye (ophthalmology) problems? (Visual disturbances)?			
14.	Any previous surgical procedures done?			
15.	Any previous admission to the hospital? Please mention... _____			
16.	Is the student using any hearing/ visual/ walking/aids? If yes, what is it? - _____			
17.	Did the student ever get mumps, measles, chickenpox?			
18.	Does the student suffer from any psychiatric/behavioral problems?			
19.	Does the student have any other chronic conditions?			

If the student has any health problem, kindly answer the following questions: -

Type of problem/disease & date of onset: _____

When was the last attack: _____

Name of hospital or health center where the student is getting treatment/follow up: _____

Name of treating physician: _____

Long term medication used by the student:

Name of Medication: _____ Dose & frequency: _____

Medication recommended in case of emergency: _____

Dietary Recommendations: _____

Physical activity Recommendations: _____

Recommendations for the school nurse during the school hours:

Parent's/Guardian's Name & Signature:Date:

Note:

Kindly attach the medical report including the treatment plan at school with this form & send it back to the school nurse with the student.

يرجى ملء هذا النموذج المتعلق بالتاريخ الطبي لطفلك بالإجابة بنعم أو لا .
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تزويدنا بالتواريخ والتفاصيل.

بيانات الطالب:- الاسم :- تاريخ الميلاد:- اسم ولي الأمر :- الديانة:-	النوع (ذكر/ أنثى) :- المدرسة:- علاقة ولي الأمر بالطالب:- اللغة الأولى:-	الجنسية :- الصف :-
بيانات ولي الأمر:- اسم الأمارة:- رقم الهاتف الأرضي:-	المدينة:- رقم الموبيل:-	المنطقة:- رقم الموبيل 2:-
المستندات المطلوبة:- صورة الهوية الإماراتية صورة من كرت التخصيصات صورة من كرت التأمين	نعم نعم نعم	لا لا لا

م	المواضيع الصحية	نعم	لا	التعليق
1	هل الطالب لديه حساسية للأدوية أو الأطعمة الخ يرجى ذكرها			
2	هل الطالب يعاني من مشاكل قلبية ؟			
3	هل مصاب بالسكري ؟			
4	هل يعاني من ارتفاع ضغط الدم ؟			
5	هل يعاني من الربو ؟			
6	هل يعاني من مشاكل بالكلية ؟			
7	هل يعاني من التهابات بولية متكررة ؟			
8	هل مصاب بنوبات تشنج أو صرع ؟			
9	هل مصاب بنقص انزيم تكسير كرات الدم ؟			
10	هل يعاني من امراض الدم المزمنة مثل الثلاثميا والانيميا والهيموفيليا ... الخ			
11	هل يعاني من النزيف المتكرر من الانف ؟			
12	هل يعاني من مشاكل جلدية ؟			
13	هل يعاني من اي مشاكل بالعيون ؟			
14	هل أجرى اي عمليات جراحية سابقة ؟			
15	هل تتوم بالمستشفى من قبل ؟ يرجى ذكرها			
16	هل الطالب لديه اي اجهزة مساعدة للسمع او الرؤية ؟ إذا كانت نعم يرجى ذكرها			
17	هل سبق للطالب أن أصيب بالنكاف أو الحصبة أو جدري الماء؟			

18	هل يعاني الطالب من أي مشاكل نفسية/سلوكية؟		
19	هل يعاني الطالب من أي أمراض مزمنة أخرى؟		

إذا كان الطالب يعاني من أي مشكلة صحية، يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

نوع المشكلة/المرض وتاريخ ظهوره :

.....

متى كانت آخر نوبة.....

اسم المستشفى أو المركز الصحي الذي يتلقى الطالب العلاج/المتابعة فيه:.....

اسم الطبيب المعالج.....:

الأدوية طويلة الأمد التي يستخدمها الطالب:

اسم الدواء: الجرعة وتكرارها:

الأدوية الموصى بها في حالات الطوارئ:.....

التوصيات الغذائية:.....

.....

توصيات النشاط البدني:.....

توصيات لمرضة المدرسة خلال ساعات الدوام المدرسي..

.....