

## Student Medical Form & Consent Forms

## الاستمارة الصحية للطالب وتموذج الموافقة

**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.

**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 المدرسية
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:.....الامارة:.....
Mobile Number (1):(05_)-(_____)	رقم الهاتف المتحرك (1):(05_)-(_____)
Mobile Number (2):(05_)-(_____)	رقم الهاتف المتحرك (2):(05_)-(_____)
Email Address:.....	البريد الالكتروني:.....
<b>In case of Emergency and we are unable to reach the parent / guardian, the following person can be contacted:</b>	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	المشاكل الصحية
Does the student suffer from any allergy to medicine, food, dust, etc.? If yes, please specify in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من أي حساسية دواء / أطعمة / أبخرة؟ يرجى ذكرها في الملاحظات:
Does the student suffer from any cardiovascular problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مشاكل في القلب؟
Does the student suffer from diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مرض سكري؟
Does the student suffer from hypertension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مرض ارتفاع ضغط الدم؟
Does the student suffer from bronchial asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل الطالب / الطالبة مصاب بالربو؟
Does the student suffer from renal problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من مشاكل في الكلى؟

Does the student suffer from epilepsy or convulsion seizures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من نوبات صرع أو نوبات تشنج؟
Does the student suffer from epistaxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني الطالب / الطالبة من رعاف متكرر (نزيف الأنف)؟
Does the student suffer from hemolytic anemia, type G6PD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل الطالب / الطالبة مصاب بمرض أنيميا القول تكسر الدم؟
Does the student suffer from any hereditary blood disease (e.g., Thalassemia, sickle cell anemia, hemophilia)? If yes, please specify in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أصيب الطالب / الطالبة بأحد الأمراض التالية: (النكاف، الحصبة، الدفتيريا، السعال، الديكي، الجدري، المائي، السل)؟ يرجى ذكر المرض.
Does the student suffer from viral hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أصيب الطالب / الطالبة بعدوى التهاب الكبد الوبائي؟

Did the student suffer from poliomyelitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أصيب الطالب/الطالبة بعدوى شلل الأطفال؟
Did the student suffer from any mental or behavioral problem? If yes, please specify in comments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Agree	Disagree	N/A
Grade 5	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, physical examination, dental examination and fluoride varnish.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Agree	Disagree	N/A
Grade 9	Medication history review, body mass index, blood pressure, vision, depression, physical examination, blood test (CBC) for females.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Agree	Disagree	N/A

موافقة ولي الأمر / الوصي الشرعي

يرجى الملاحظة أن جميع الموافقات سارية المفعول طوال مدة حضور طفلك للمدرسة. اقر 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 اسنان 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 الاسنان المراقب.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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 والاسنان وتطبيق مادة الفلورايد، وفحص اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		لا ينطبق	غير موافق	موافق
الصف الخامس	يتضمن قياس الوزن وطول (مؤشر كتلة الجسم)، والعلامات الحيوية، وفحص النظر، والكشف الطبي، وصحة الفم والاسنان وتطبيق مادة الفلورايد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		لا ينطبق	غير موافق	موافق
الصف التاسع	يتضمن قياس الوزن والطول (مؤشر كتلة الجسم)، وفحص النظر، وفحص الدم (تعداد الدم الكامل) للإنثا، والكشف الطبي، وفحص الاكتئاب،	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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 ادناه.

Vaccine	Grade	Route	Consent			الإقرار			طريقة إعطاء اللقاح	الوصف	اللقاح
Second dose of Measles, Mumps, Rubella (MMR), if not vaccinated earlier	Grade 1	Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة	الصف الأول	الحصبة، الحصبة الألمانية، والتكاف إذا لم يتم التطعيم في وقت سابق
Diphtheria, Tetanus, Acellular Pertussis, IPV		Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة		اللقاح الرباعي DTAP (الدفتريرا)
Varicella Vaccine Second Dose	Grade 8	Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة	الصف الثامن	لقاح الجدري المائي
Polio (OPV)		2 drops in mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قطرتين عن طريق الفم		لقاح شلل الأطفال الفموي
HPV (Human Papilloma Virus)	Grade 11	Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة	الصف الحادي عشر	لقاح فيروس الورم الحليمي
Meningococcal Vaccine		Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة		لقاح الجنى الشوكية
Tdap Vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)	Grade 1 and above	Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة	الصف الأول وما فوق	اللقاح الثلاثي Tdap (الكرزاز والدفتريرا والسعال الديكي)
Influenza Vaccine		Injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة		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 آخر، 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.

### 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.

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

- انا على دراية بأنه سيتم استخدام الادوية التالية عند الحاجة.

Medication	Reason	Consent		
Paracetamol	To control mild to moderate pain & Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihistamine Cream	To relieve mild to moderate skin allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الدواء	السبب	الإقرار		
البنادول	لتخفيف درجة الحرارة ومسكن للألم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		لا ينطبق	غير موافق	موافق

Epinephrine	For acute allergic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للتخفيف من حالات حساسية الجلد البسيطة والمتوسطة للحساسية الحادة	كريم مضاد للهستامين
Salbutamol inhaler	To control asthmatic symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لأعراض الربو	فنتولين (سالبوتامول)
Lice Shampoo	To be sent to home with student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لإرسالها للبيت مع الطالب	شامبو علاج القمل

Parent / Guardian Signature:.....

..... توقيع ولي الأمر / الوصي الشرعي:

Date: DD/MM/YYYY

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

