

Health Form / بطاقة صحية

Student's name..... اسم الطالب

Grade..... الصف

Student's Health History

تاريخ الطالب / الطالبة المرضي

Please attach a copy of your child's vaccination records يرجى ارفاق صورة من شهادة التطعيمات لطفلك

Does your child have any of the following? هل يعاني طفلك من أحد هذه الأمراض ؟

Severe or frequent headaches		نوبات صداع شديدة من أحد هذه الأمراض ؟
Chest pain, back pain		ألم في الصدر - في الظهر
Frequent coughs		كحة متكررة
Heart disease		أمراض القلب
Diabetes		داء السكري
Trouble with vision		مشكلة في الرؤية
Skin rashes or itching		طفح جلدي أو كحه
Asthma		ربو
Frequent sore throat or colds		التهاب متكرر في الحلق أو نزلات برد
Trouble with hearing requiring use of hearing aid		مشاكل في السمع تستلزم استخدام سماعات
Allergies - (please specify).		حساسية (يرجى التحديد)

Does your child take any medication routinely ?	yes نعم	No لا	kind نوع	Dosage الجرعة

Medical center/ Hospital's name المركز الصحي

Doctor's name اسم الدكتور

Doctor's signature توقيع الدكتور

Date : التاريخ

Official stamp الختم الرسمي