

Tariq Bin Ziad School Medical Form

نموذج طبي لمدرسة طارق بن زياد



عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

Dear Parent,

Please complete the attached form. It is important for us to be aware of any medical history/ conditions your child may have so that we can provide appropriate care while he or she is at school.

Tariq Bin Ziad has a strict medicine policy that requires all medicines sent to school to have a medication request form filled in and signed by the parents. This form is available directly from the School Nurses' office. No medication from home will be given without this being completed.

Prescription medication is to be brought to school in the original container appropriately labeled by the pharmacy or doctor stating the child's name, name of the prescribing doctor, name of the medication, dosage, and time to be given. Non-prescription medication is to be brought to school in the original container with all labels intact. All medications must be dropped at the School Nurses' office by a parent or guardian. Children should not be in possession of or self-administer any medication unless given permission by the School Nurse.

The information contained in this form will also be released to other school staff who have custodial care of your child and who may need to know this information to maintain your child's health and safety.

It is essential that you provide this information since we will use these details before any medicine or treatment can be given.

If you have any questions regarding this form, please do not hesitate to contact us.

Yours sincerely,

Tariq Bin Ziad School Nurse

السيد ولي الأمر،

يُرجى استكمال النموذج المرفق. يجب إطلاعنا على أية حالات مرضية قد يعانيها طفلك في الوقت الحالي أو في السابق حتى يمكننا توفير الرعاية المناسبة له أثناء وجوده في المدرسة.

تتبنى مدرسة طارق بن زياد سياسة طبية صارمة تتطلب من ولي الأمر استكمال نموذج طلب العلاج وتوقيعه لجميع الأدوية التي يتم إرسالها مع التلميذ لتناولها أثناء فترة الدراسة. يمكن الحصول على هذا النموذج من مكتب ممرضات المدرسة مباشرة.

ولن يتم إعطاء الطالب أية عقاقير واردة من المنزل من دون استكمال هذا النموذج. يجب إرسال العلاج الموصوف إلى المدرسة في عبوته الأصلية، على أن تحمل العبوة الملصق المناسب من جانب الصيدلية أو الطبيب مع توضيح اسم الطفل، واسم الطبيب المعالج، واسم الدواء، والجرعة، والموعود عليه. كما يجب إرسال أي علاج غير موصوف إلى المدرسة كذلك في عبوته الأصلية ذات الملصق الكامل. ويلتزم ولي الأمر بتسليم جميع الأدوية إلى مكتب الممرضات في المدرسة. ولا يسمح للطلاب الاحتفاظ بأي دواء أو تناوله بأنفسهم دون الحصول على إذن من ممرضة المدرسة.

سيتم كذلك توزيع المعلومات الموضحة في هذا النموذج على أعضاء فريق عمل المدرسة الآخرين المسؤولين عن رعاية طفلك، ممن قد يحتاجون لمعرفة هذه المعلومات للحفاظ على صحة طفلك وسلامته.

من الضروري تقديم هذه المعلومات حتى يمكننا الاستفادة منها قبل إعطاء أي علاج أو دواء. إذا كانت لديك أية استفسارات بخصوص هذا النموذج، فلا تتردد

في الاتصال بنا

مع خالص تحياتنا،

ممرض مدرسة طارق بن زياد

Tariq Bin Ziad School Medical Form

نموذج طبي لمدرسة طارق بن زياد



عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

For Office Use Only

Full name of student

Age

First name

Middle name

Family name

Nationality

Date of birth Month Day Year Age

To be completed by physician

Height Weight Blood Group

Vital signs BP Pulse rate Respiratory rate

Visual acuity Right eye Left eye

Remarks

Auditory acuity Right ear Left ear

Remarks

Does she/he wear a hearing aid? Yes No

Physical assessments

ENT

Cardiovascular

Skeletal/Muscular

Scoliosis check (for nine-year-olds and above)

Immunization status Updated to what age?

Action plan for any medical problem(s)

General comments

Clinic name/Details

Date

Physician's name Physician's Signature



عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

Tariq Bin Ziad School Medical Form

نموذج طبي لمدرسة طارق بن زياد

To be completed by parent/guardian

يتم استكمال جميع أقسام هذا النموذج بواسطة ولي الأمر

التاريخ المرضي	نعم	لا
Medical history		
Asthma الربو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes السكري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy الصرع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fainting إغماء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinary disorder اضطرابات في البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliosis الجنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis السل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart disorder اضطرابات في القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision problem مشكلة في الرؤية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing problem مشكلة في السمع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6PD (أنيميا الفول)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Headaches صداع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 - Phobias رهاب		

Please specify التحديد يرجى

2 - Other illness مرض آخر

Please specify التحديد يرجى

If you answered yes to any of the above, please give details
إذا كانت الإجابة بنعم على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، فيرجى إعطاء التفاصيل

What medicines or other supplies should be kept at school for
your child's condition?

ما الأدوية أو اللوازم الأخرى التي ينبغي الاحتفاظ بها في المدرسة لرعاية طفلك؟

Does your son/daughter have physical disability that
would prohibit or exempt him/her from participating
in Academy Physical Education program?

هل يعاني طفلك إعاقة جسدية من شأنها منعه أو إعفائه من المشاركة
في برنامج التربية البدنية في أكاديميتي؟

If yes, please provide a medical certificate.

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم شهادة طبية

Please enclose a copy of your child's immunization card

يرجى إرفاق نسخة من بطاقة تطعيم طفلك

Allergies حساسية

Food طعام

Medicine دواء

Other أخرى

Skin problem مشكلة جلدية

Eczema إكزيما

Psoriasis صدفية

Other أخرى

Does your son/daughter wear glasses?

هل يستخدم طفلك نظارات؟

Yes No

Does your son/daughter wear contact lenses?

هل يستخدم طفلك عدسات لاصقة؟

Yes No

Has your child had surgery/hospitalization in the past?

هل خضع طفلك لأية عمليات جراحية/تم حجزه في المستشفى من قبل؟

Yes No

If yes, please provide details, including date/year and medical
reason

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى إعطاء التفاصيل. بما في ذلك التاريخ/السنة
والسبب الطبي

Date of last tetanus injection or booster

تاريخ آخر حقن لمرض الكزاز أو حقن معزز

Is there any other special health information (past or present)
that we should know about? Please provide details

هل هناك أية معلومات صحية خاصة أخرى (سابقة أو حالية) ينبغي أن
نعرفها؟ يرجى إعطاء التفاصيل

التاريخ Date

الاسم Name



Tariq Bin Ziad School Medical Form

نموذج طبي لمدرسة طارق بن زياد

عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation

Does your child have any special dietary requirements, if so please give details?

هل تحتاج حالة طفلك إلى أية متطلبات غذائية خاصة، إذا كان الأمر كذلك، فيرجى التوضيح بالتفصيل

Emergency Contacts

بيانات الاتصال في حالات الطوارئ

Mother الأم Telephone Number رقم الهاتف

Father الأب Telephone Number رقم الهاتف

Home Telephone هاتف المنزل

Alternative Contacts جهات الاتصال البديلة

Name الاسم Telephone Number رقم الهاتف

Name الاسم Telephone Number رقم الهاتف

If the above contact numbers cannot be reached, I give Academyati Administration / Medical staff permission to seek appropriate emergency treatment for my child.

إذا تعذر الاتصال بالأرقام الموضحة أعلاه، فإنني أمنح الإدارة/الطاقم الطبي في أكاديميتي الإذن لتقديم العلاج الطارئ المناسب إلى طفلي.

Yes نعم

No لا

Doctor's contact details (if you cannot be reached)

بيانات الاتصال بالطبيب (إذا تعذر الاتصال بك)

Doctor's Name اسم الطبيب Mobile Telephone الجوال

Work Telephone هاتف العمل Email address فاكس

I hereby give Academyati permission to:
بموجب هذا النموذج أمنح أكاديميتي الإذن للقيام بما يلي:

Yes نعم No لا

Administer non-prescriptive medications to my son/daughter

إعطاء علاج دون وصفة طبية إلى طفلي

Administer first aid to my son/daughter

تقديم الإسعافات الأولية إلى طفلي

Send my son/daughter to a hospital in times of extreme emergencies

إرسال طفلي إلى مستشفى في حالات الطوارئ القصوى

Parent's Signature توقيع ولي الأمر

Date التاريخ