

الموافقة على إجراء التطعيمات

اسم الطفل:-----
تاريخ الميلاد:-----
اسم المدرسة:-----
الفصل / الصف:-----

أصرح بأن تعطي التطعيمات اللازمة لابني / ابنتي.
لا أوافق ان باعطاء التطعيمات لابني / ابنتي.

الاسم و التوقيع:-----
الاهل / الوصي
رقم صندوق البريد:-----

رقم الهاتف:-----
حضرة الاهل الكرام نود الطلب منكم بتزويدنا بالمعلومات التالية لإضافتها إلى الملف الصحي لابنكم / لابنتكم وإرسال سجل التحصينات الاصلية.

سجل الأمراض ماقبل الدخول إلى المدرسة :
الرجاء وضع علامة (√) في المكان المناسب
إذا كان الرد بنعم يرجى تحديد تاريخ حدوث الإصابة

لا	نعم	الأمراض غير المعدية	لا	نعم	الامراض المعدية
		الحوادث			الخنثاق (الدفتيريا)
		الحساسية			الزحار
		ربو			عدوى التهاب الكبد الوبائي
		أمراض القلب الخلقية			الحصبة
		داء السكري			النكاف
		صرع			شلل الأطفال
		G6PD (Glucose6-Phosphate Dehydrogenase deficiency)			الحصبة الألمانية
		الحمى الروماتيزمية			حمى قرمزية
		عملية جراحية			مرض السل
		الثلاسيميا			سعال ديكي
					الحماق

إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى كتابة سنة المرض التاريخ لـ:

نقل الدم نعم لا التردد:

العلاج في المستشفى نعم لا السبب: التاريخ:

تاريخ العائلة :

مرض السكري ارتفاع ضغط الدم ، اضطراب نفسي ، السكتة الدماغية ، مرض السل، أخرى' حدد

توقيع ممرضة المدرسة المرخصة:-----

CONSENT FOR IMMUNIZATION

Child Name:

Date of Birth:

School Name:

Class/Grade:

Please Tick (√)

I give the consent for the immunization of my child

I don't agree for immunization of my child.

Name & Signature:

Parents/ Guardian

P.O.Box:

Telephone Number:

Dear Parents

Please provide the following information to update your child school health record and send his/her ORIGINAL IMMUNIZATION CARD

Child History of illness:

Please tick (√) appropriately, if yes, Specify Month/Year of illness

Infectious Disease	YES	NO	Non-Infectious Disease	YES	NO
Diphtheria			Accidents		
Dysentery			Allergies		
Infective Hepatitis			Bronchial Asthma		
Measles			Congenital Heart Disease		
Mumps			Diabetes Mellitus		
Poliomyelitis			Epilepsy		
Rubella			G6PD (Glucose6-Phosphate Dehydrogenase deficiency)		
Scarlet Fever			Rheumatic Fever		
Tuberculosis			Surgical Operation		
Whooping Cough			Thalassemia		
Chicken Pox					

If yes, write the year of illness

History of:

Blood Transfusion No Yes, Frequency:

Hospitalization No Yes, Reason:Date:

family History: Diabetes- Hypertension- Mental Disorder- Stroke- Tuberculosis-

Other, Specify.....

Licensed School Nurse Signature:

