



## MEDICAL INFORMATION

Name of student	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>
Student date of birth (dd/mm/yy)		
Father's name	Mother's name	
Home telephone number	Home telephone number	
Work telephone number	Work telephone number	
Mobile telephone number	Mobile telephone number	
Emergency contact numbers		
1) Name of contact .....	2) Name of contact .....	
Relationship to student .....	Relationship to student .....	
Contact number .....	Contact number .....	
Does your child usually wear glasses?		
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Does your child have any known allergies?		
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
If yes, please provide information on which allergies		
Does your child have any specific health conditions, e.g. asthma, epilepsy or diabetes?		
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
If yes, please provide more details below		
Does your child need to take any regular medication?		
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
If yes, please provide details below		

Has your child ever had	Yes	No	Date of illness
Chickenpox			
Measles			
Mumps			
German Measles (Rubella)			
Tonsillitis			
Scarlet fever			
Tuberculosis			
Whooping cough			
Asthma			
<p>Has your child ever been referred to specialists because of developmental concerns?</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please provide details below</p>			
<p>Has your child ever been referred to specialists because of behavioural concerns?</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please provide details below</p>			
<p>Has your child ever been referred for speech therapy?</p> <p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>If yes, please provide details</p>			
Family Doctor's name		Medical centre	
		Contact number	

Please attach a copy of your child's immunisation card or Qatari health record.

I give my permission for emergency measures to be taken in case of an accident or sudden illness with the understanding, I will be notified immediately.

I confirm that the information supplied in this application form is true and accurate.

Signature .....

Date .....



## **Administration of medication**

Dear Parents,

When children are sick in school, our school nurse will attend to them in her clinic. She will talk to the child and take a temperature reading and will decide if any treatment is necessary.

We have the following medication in school that we can give to pupils, should our school nurse decide to;

**Paracetamol /Brufen suspension– used for treatment of mild fever, headaches**

**Clove oil – used for treatment of tooth ache and put straight onto the gums/tooth**

**Lozenges – used for treatment of a sore throat**

We need parent's permission before any medicines can be given to your child. I would be grateful if you could sign and return the permission slip below agreeing to the administering of medicines by our school nurse. Should you have any questions, please contact our school office.

---

I give permission for my child .....

in class ..... to be given medicines by the school nurse when necessary.

Signed ..... Date .....



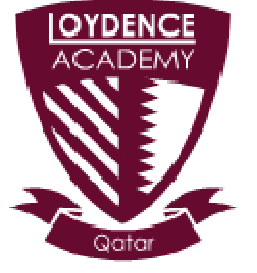
## نموذج المعلومات الطبية

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
		تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/):
:	:	/
هاتف المنزل:	هاتف المنزل:	
هاتف العمل:	هاتف العمل:	
:	:	
..... : (2	..... : (1	
..... :	..... :	
..... :	..... :	
هل عادة مايلبس <input type="checkbox"/>		
هل يعاني <input type="checkbox"/> الحساسية <input type="checkbox"/> من الحساسية:		
هل يعاني <input type="checkbox"/> صحية محددة على سبيل المثال <input type="checkbox"/>		
اذا كان الجواب نعم، يرجى اي معلومات اضافية أدناه:		
هل يخضع طفلك الى <input type="checkbox"/>		
اذا كان الجواب نعم، يرجى اعطاء تفاصيل اضافية <input type="checkbox"/>		

هل سبق و اصيب طفلك بـ:			تاريخ العدوى
			مرض الحميراء (الحصبة الالمانية)
			التهاب اللوزتين
			حمى قرمزية
			السعال الديكي
هل راجع طفلك في اي وقت مضى اخصائي مشاكل تنموية؟			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اذا كان الجواب نعم، يرجى اعطاء تفاصيل اضافية			
هل راجع طفلك في اي وقت مضى اخصائي مشاكل سلوكية؟			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اذا كان الجواب نعم، يرجى اعطاء تفاصيل اضافية			
هل راجع طفلك في اي وقت مضى اخصائي مشاكل			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اذا كان الجواب نعم، يرجى اعطاء تفاصيل اضافية			
اسم طبيب العائلة:		:	
رقم الهاتف:			

يرجى التوقيع ( ) والتطعيم  
. لاتخاذ التدابير اللازمة  
. وأنه سوف يتم الاتصال بنا و  
هذا الطلب صحيحة ودقيقة.

التوقيع: ..... ، التاريخ: .....



## معلومات طبية

أعزائي أولياء الأمور المحترمين ،،

نحن نحيط بسيادتكم علماً أنه في حال مرض أي طالب في المدرسة ، ستقوم ممرضة المدرسة بأخذهم لعيادة المدرسة لقياس درجة الحرارة وبناءً عليه ستقوم بالاجراءات اللازمة للعلاج وذلك في الحالات الطارئة.

حيث ان الادوية التالية متوفرة لدينا وستقوم الممرضة باستخدامها لعلاج طلابنا :

الباراسيتامول / البروفين - يستخدم في علاج الحمى الخفيفة التي يصاب بها الطلاب ، الصداع .

زيت القرنفل / يستخدم لعلاج آلام الاسنان ويوضع مباشرة على اللثة / الاسنان .

الاقراص المعالجة لالتهاب الحلق (Lozenges) .

لذا نرجو من سيادتكم اعطاءنا الموافقة لعلاج طلابنا في الحالات الطارئة وتلقيهم الادوية المذكورة اعلاه وذلك عن طريق ملء النموذج الموضح أدناه في حال موافقتكم على الأدوية حتى يتسنى لممرضة المدرسة اعطاءها لطلابنا ، وفي حال اي استفسار أو سؤال يرجى مراجعة مكتب المدرسة .

أعطي الإذن لابني/ ابنتي .....

في الصف ..... وذلك باعطاء الدواء له/ لها عن طريق ممرضة المدرسة في الحالات الطارئة .

التوقيع ..... التاريخ .....