



## لا يحق له الوصول إلى الطفل

إذا كان هناك شخص يتعين عدم تمكنه من الوصول إلى التلميذ(ة)، نرجو تحديده أذناه: يرجى تقديم نسخة من أمر الحماية إلى مدرسة طفلك.

الاسم	العلاقة	هل هناك أمر حماية من المحكمة؟	تاريخ سريان أمر المحكمة
		لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	

## المعلومات الصحية

اسم الطبيب/ العيادة:

أخصائي أمراض الحساسية / المناعة  طبيب القلب  طبيب الجلدية  أخصائي نمو/ سلوك  
 طبيب أعصاب  أخصائي أمراض الرئة  غير ذلك

### تحذيرات صحية

هل يعاني الطفل من أي حالة قد تؤثر على مشاركته في الأنشطة البدنية؟  نعم  لا

(مثل صعود الدرج، المشاركة في حصص الرياضة)

### التشخيصات المعروفة (نرجو التعليم على كل ما ينطبق)

ربو  نوبات صرع  الحساسية/ الحساسية المفرطة  داء السكري  لا شيء  غير ذلك  
 الحساسيات (علم على كل ما ينطبق)  
 الحليب  البيض  الفول السوداني  المكسرات (مكسرات أخرى)  السمك  
 المحار  الصويا  القمح  غير ذلك

لدى طفلي (ضع علامة X على كل ما ينطبق):  
 تأمين صحي خاص  ميديكيد  لا يوجد تأمين صحي  
 إذا كان طفلك بدون تأمين صحي، هل ترغب في أن نفضح عن معلومات الاتصال بك المذكورة على هذه البطاقة لمعرفة خيارات التأمين المتوفرة لك؟  نعم  لا

من المُفترض أن الغلبة ستكون لتقدير سلطات المدرسة في الترتيبات النهائية في حالة طوارئ، وستُحترم توصية الوالد(ة) كما هو مشار إليها أعلاه بقدر الإمكان.

## الأخوة

الاسم الأخير للأخت/ الأخ	الاسم الأول للأخت/ الأخ	المدرسة التي يداوم بها الأخت/ الأخ

## توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر

من خلال التعليم على هذا المربع، أوافق على أن يتم الاتصال بي من قبل متطوعين مختارين من المدرسة و/ أو المنطقة التعليمية و/ أو قادة الآباء على مستوى المدينة فيما يتعلق بالفعاليات والتحديثات والأمر الأخرى المرتبطة بمجتمع مدرستي.  
 من خلال التعليم على هذا المربع، أوافق على أنه يمكن مشاركة معلومات الاتصال الخاصة بي مع قادة الآباء المنتخبين على مستوى المدرسة و/ أو المنطقة التعليمية / أو على مستوى المدينة حتى أتمكن من البقاء على اطلاع بالفعاليات والأمر الأخرى المتعلقة بمجتمع مدرستي.

يجب إبلاغ مدير المدرسة كتابياً بأي تغييرات في المعلومات الواردة في هذه البطاقة

توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر

## لاستخدام المكتب فقط / FOR OFFICE USE ONLY

يتعين إكمالها من طرف طاقم العاملين بالمدرسة فقط. / .To be completed by school staff only.

Grade \_\_\_\_\_ Class \_\_\_\_\_ Room No. \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record

Date	Contact	Reason	Disposition