



*Academic Year 20* \_\_\_/20\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_

Family Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(Day/Month/Year)

Grade: \_\_\_\_\_

**1) Can your child use the toilet unaided? (for KG applicants only)**

Yes  No

**2) Does your child suffer from any medical problems?**

Yes  No

If yes, please explain. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3) Does your child currently take any medication?**

Yes  No

If yes, please specify reason, dose, and frequency. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4) Has your child ever been hospitalized?**

Yes  No

If yes, please explain. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5) Does your child have any problems with his/her eyesight?**

Yes  No

If yes, please explain. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6) Does your child have speech problems?**

Yes  No

If yes, please explain. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7) Does your child have difficulty in hearing?**

Yes  No

If yes, please explain. \_\_\_\_\_

**8) Do you have any objection to the school doctor/nurse examining your child?**

Yes  No

**9) Has there ever been a death of a family member before age 50 for no apparent reason?**

Yes  No

**10) Does your child suffer from any of the following conditions?**

Medical Condition	Yes	No	Medication
Asthma			
Diabetes			
Epilepsy			
Hay Fever			
Tuberculosis			
Eczema			
Heart Disease			

**11) Does your child have an allergy history?**

**Allergen**

Eggs	Peanuts	Seafood	Wheat	Insects
Latex	Medication	Dairy Products	Fruits	Other(s)

Please specify: \_\_\_\_\_

**Reaction**

Eczema	Rash	Hives	Eye Swelling	Hoarse Voice
Mouth Swelling	Wheezing	Vomiting/Diarrhea	Fainting	Other(s)

Please specify: \_\_\_\_\_

**Intervention needed**

None	ER Visit	Medication	Hospitalization	Other(s)
------	----------	------------	-----------------	----------

Please specify: \_\_\_\_\_

## 12) Has your child had any of the following inoculations?

If yes, please fill in the date of the last vaccine.

Vaccine	Date of Last Taken Vaccine (Day/Month/Year)
BCG (الدرن)	/ /
Hepatitis B (التهاب الكبد الوبائي)	/ /
MMR (measles, mumps, rubella) (حصبة (حصبة المانية، أبو كعب)	/ /
Chicken Pox / Varicella (جدري الماء)	/ /
DPT (diphtheria, tetanus, pertussis) (ثلاثي: خناق، شاهوق، كزاز)	/ /
Polio (OPV) (شلل الأطفال)	/ /
HIB (haemophilus influenza) (هيموفيلوس انفلوانزا-السحايا)	/ /
DT (diphtheria, tetanus) (الخناق، الكزاز)	/ /
Rotarix (فيروس الروتا)	/ /
Hepatitis A (التهاب الكبد الوبائي)	/ /
Meningitis (السحايا)	/ /
Typhoid (التيفوئيد)	/ /
If other(s), please specify.	

(Kindly attach a copy of the vaccination card)

## 13) Has your child suffered from any of the following illnesses?

Disease	Yes	No	Year
Measles (الحصبة)			
Mumps (أبو كعب)			
German Measles (الحصبة الألمانية)			
Chicken Pox (جدري الماء)			
Tuberculosis (السل)			
Whooping Cough (السعال الديكي)			
If other(s), please specify.			

If your child is to be administered a medication from your doctor during school hours, it will be given to the school nurse first thing in the morning with an accompanying letter from the parents or doctor. It can be then collected from the clinic before going home. Please clearly write the child's name, class, time, and dose of the medication. Medicines are not to be kept with children. Students, who are using the school's transportation, can leave their medicines with the bus assistants.

في حال كان على الطالب أن يأخذ دواءً خلال ساعات الدوام المدرسي، فيتوجب عليه إعطاء الدواء إلى طبيب/ممرضة المدرسة صباحاً مع إرفاق رسالة من ولي أمر الطالب أو من طبيبه، ويتم أخذ الدواء من العيادة قبل مغادرة الطالب إلى المنزل. يرجى كتابة اسم الطالب وطقه بشكل واضح وتدوين وقت أخذ الدواء والجرعة المحددة. يمنع ترك الأدوية مع الطالب، بالنسبة للطلاب الذين يستعملون المواصلات المدرسية يتوجب عليهم ترك الأدوية مع مشرفة الباص.

## Medical Emergency Authorization / تفويض طبي للحالات الطارئة

I, Mr./Mrs. \_\_\_\_\_, parent of the student \_\_\_\_\_  
Agree  Disagree  for the school to take my daughter/son, in Grade \_\_\_\_\_  
to the hospital in case of any emergency.

أنا الموقع أدناه السيد(ة) \_\_\_\_\_ ولي أمر الطالب/الطالبة \_\_\_\_\_  
 أوافق  لا أوافق على أن تتولى المدرسة إرسال ابني/ابنتي في الصف \_\_\_\_\_  
إلى المستشفى إذا حصل له/لها أي طارئ لا سمح الله.

**Signature** \_\_\_\_\_ **التوقيع** \_\_\_\_\_

I Mr./Mrs \_\_\_\_\_, parent of the student \_\_\_\_\_, hereby certify that the information provided on this form is true and assume responsibility for any missing health-related information (illness and/or allergy), and I shall be responsible for and shall release and indemnify The International School of Choueifat – Koura, its employees, from and against all liability arising from all illnesses or allergies my child has, and the consequences that might result.

I understand that any false or misleading information or significant omissions may entitle the school to reconsider my child's attendance at school. I agree to immediately notify the school should any illnesses develop.

أنا السيد(ة) \_\_\_\_\_ ولي أمر الطالب/الطالبة \_\_\_\_\_  
أؤكد صحة المعلومات الواردة في هذا النموذج وأتحمّل كامل المسؤولية عن أي خطأ أو نقص في المعلومات المتعلقة بصحة ابني/ابنتي (مرض أو حساسية) وسوف أتحمّل مسؤولية كاملة دون تحميل مدرسة الشويفات الدولية – الكورة وموظفيها أي مسؤولية/تعويض عن الأضرار الناتجة عن مضاعفات هذا المرض أو الحساسية.

وأفهم أن أية معلومات غير صحيحة أو منقوطة تخول المدرسة وتعطيها الحق في إعادة النظر في قبول ابني وتسجيله في المدرسة.  
وأتعهد بإبلاغ المدرسة بأي تطورات في المرض أو الحساسية قد تظهر فيما بعد.

**Name:** \_\_\_\_\_ **الإسم:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_ **التاريخ:** \_\_\_\_\_  
(Day/Month/Year)

**Signature:** \_\_\_\_\_ **التوقيع:** \_\_\_\_\_

### For School Use

Remarks: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date Checked: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dr./Nurse Signature: \_\_\_\_\_  
(Day/Month/Year)