

Student's Name:
School:Grade :..... Class :.....
DOB :.....
Nationality :.....
ADEC Student's No :.....

اسم الطالب:
المدرسة:
تاريخ الميلاد:
الجنسية:
رقم الطالب المدرسي:

I, the undersigned, agree that medical services for my son/ daughter shall be offered in the school's clinic by the school nurse.

أنا الموقع أدناه أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في عيادة المدرسة بواسطة ممرضة/ة الصحة المدرسية.

I also agree that these medical services will remain provided to my son/daughter and effective until I either refuse these medical services or he/ she is transferred from the public school.

أن موافقتي على هذه الخدمات الصحية تبقى سارية المفعول لحين أقوم أنا برفض تقديم هذه الخدمات لابني/ ابنتي أو لحين انتقاله / انتقالها من المدارس الحكومية.

My consent involves a general approval of curative and /or preventive services that may include first aid, screening for height, weight, vision acuity, colour blindness (for Grade 5 students only), vaccination, and referral to primary health care centers or emergency room when necessary& to administer the following emergency medications when needed:

أن موافقتي على هذه الخدمات الصحية هي موافقة عامة على أي إجراءات وقائية وعلاجية، وتشمل الإسعافات الأولية، قياس الوزن والطول، فحص حدة الإبصار، فحص عمى الألوان (لطلاب الصف الخامس فقط)، التطعيمات، والتحويل إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية وقسم الطوارئ، وإعطاء الأدوية التالية عند الضرورة:

1. Paracetamol to control mild to moderate pain and fever.
2. Antihistamine cream (topical) for mild Allergy
3. Epinephrine in an severe allergic reaction
4. Salbutamol Inhaler to control asthmatic symptoms.
5. Oral Glucose for hypoglycemia (Drink contains sugar)

1. البنادول لتخفيف الألم الخفيف والمتوسط وتخفيض الحرارة.
2. كريم موضعي لعلاج الحساسية البسيطة.
3. الابينفيرين في حالة الحساسية الحادة.
4. فنتولين بخاخ (سالبيوتامول) لعلاج أعراض أزمة الربو.
5. جلوكوز (شراب يحوي على السكر) عن طريق الفم لعلاج انخفاض مستوى السكر في الدم.

Please list any precautions or contraindications to the above medications that the school nurse needs to know:

الرجاء ذكر أي موانع لاستخدام الأدوية أو أي إحتيطات طبية على الممرض / الممرضة أن يعرفها : .

(In case of refusal, the above services will not be offered except in emergency situations which require immediate intervention.)

(في حال عدم موافقتكم، يرجى العلم بأنه لن نستطيع تقديم هذه الخدمات عند حاجة ابنكم/ابنتكم لها الا في الحالات الطارئة القصوى التي تتطلب تدخلنا السريع.)

If my son/daughter needs to be transferred to the clinic or emergency room in either my absence or the legal guardian's absence, then I authorize the school to transfer him/her as needed.

إذا أصيب ابني/ ابنتي بأي حالة طارئة تستدعي النقل الى العيادة أو الطوارئ، ولم أكن متواجداً أو من ينوب عني، فاني أعطي الصلاحية لإدارة المدرسة لنقله/نقلها حسب الحاجة.

I also understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to HAAD data management and standards requirements policy.

إن الملف الصحي وثيقة سرية . يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة ادارة البيانات ومتطلبات هيئة الصحة لإمارة أبوظبي.

The following school personnel will be notified about my child's medical condition

سيتم اعلام أفراد الكادر المدرسي التالي ذكرهم عن حالة ابني/ ابنتي الصحية:

- School Personnel that have contact with my child
 School administration only

- أفراد الكادر المدرسي المخالط لابني/ ابنتي
 أفراد الادارة المدرسية فقط

Name:
Signature of student's Parent / guardian...
Relation to the student:
Tel #:
Date:

الاسم:
توقيع ولي الأمر:
صلة القرابة:
رقم الهاتف:
التاريخ:

Nurse's Name:اسم الممرض

Staff Badge #:الرقم الوظيفي