



Photo

سري

CONFIDENTIEL
INFORMATIONS MEDICALES POUR L'INFIRMERIE

معلومات طبية لعيادة المدرسة

<p>GROUPE SANGUIN:</p> <p>NOM:</p> <p>PRENOM:</p> <p>DATE DE NAISSANCE:</p> <p>CLASSE: SEXE: F <input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/></p> <p>NOUVEL ELEVE: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>فئة الدم:</p> <p>الشهرة:</p> <p>الاسم:</p> <p>تاريخ الميلاد:</p> <p>الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>الصف:</p>
<p><u>COORDONNEES EN CAS D'URGENCE</u></p> <p>Portable mère :</p> <p>Portable père:</p> <p>Travail mère:</p> <p>Travail père:</p> <p>Maison:</p> <p>Autres:</p> <p>Nom et téléphone de votre médecin:</p>	<p><u>تفاصيل الاتصال في حالات الطوارئ</u></p> <p>خليوي الوالدة:</p> <p>خليوي الوالد:</p> <p>هاتف عمل الوالدة:</p> <p>هاتف عمل الوالد:</p> <p>المنزل:</p> <p>أرقام أخرى:</p> <p>إسم ورقم هاتف طبيب العائلة:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>En cas d'urgence l'infirmerie composera le 999 pour un transfert au S.K.M.C. Hospital: êtes-vous d'accord ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>في حالات الطوارئ ستتصل عيادة المدرسة بالـ999 للنقل إلى مستشفى مدينة الشيخ خليفة الطبية: هل توافق؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>
<p>Votre enfant a-t-il des allergies à certains médicaments, piqûres d'insectes, ou aliments...? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez spécifier:</p> <p>Votre enfant souffre-t-il d'un problème de santé particulier ? (cardiaque, respiratoire, neurologique, asthme, diabète, épilepsie...)</p> <p>Si oui, veuillez spécifier le traitement :</p>	<p>هل يعاني ولدك أي حساسية من أدوية أو لدغات حشرات أو مأكولات معينة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:</p> <p>هل يعاني ولدك أي مشاكل صحية؟ (مشاكل في القلب أو جهاز التنفس أو الجهاز العصبي أو الربو أو السكري أو الصرع...) إذا كانت الإجابة نعم يرجى تحديد العلاج:</p>



CONFIDENTIEL

INFORMATIONS MEDICALES POUR L'INFIRMERIE

Photo

سري

معلومات طبية لعيادة المدرسة

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier ?
Non Oui Si oui, veuillez préciser :

Votre enfant a-t-il subi une chirurgie? Non Oui
Si oui, veuillez spécifier :

Votre enfant a-t-il des problèmes visuels, auditifs,
orthophoniques, ou autres? Non Oui
Si oui, veuillez spécifier :

Votre enfant a-t-il d'autres problèmes? Non Oui
Si oui veuillez spécifier :

En cas de maladie chronique ou de forte allergie
nécessitant la mise en place d'un protocole d'intervention
d'urgence, souhaitez-vous établir un PAI (formulaire sur
le site de LLM) : Non Oui

Veuillez cocher la case si votre enfant a déjà eu les maladies
suivantes:

Rougeole Rubéole Oreillons
Varicelle Hépatite Autres

Signature des parents:.....
Date:

Veuillez retourner ce document à l'infirmerie accompagné de :

- la copie du carnet de santé à jour
- le consentement pour médicament non prescrit.
- la copie des certificats médicaux s'il y en a
- une photo d'identité

هل يتبع ولدك علاجًا معينًا؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:

هل خضع ولدك لأي عملية جراحية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:

هل يعاني ولدك أي صعوبات في النظر أو السمع أو النطق أو غيرها؟
نعم لا إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:

هل يعاني ولدك أي مشاكل أخرى؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:

يرجى وضع علامة في المربع المناسب، في حال كان يعاني ولدك أي من
الأمراض التالية:
الحصبة الحصبة الألمانية النكاف الحماق التهاب الكبد
الوبائي غيرها

توقيع الوالد(ة):
التاريخ:
يرجى إعادة هذا المستند إلى عيادة المدرسة مرفقًا بنسخة عن الشهادات
الصحية والدفتر الصحي.

نشكر تعاونكم