

CONFIDENTIEL

INFORMATIONS MEDICALES POUR L'INFIRMERIE

سري

معلومات طبية لعيادة المدرسة

<p>NOM:</p> <p>Prénom:</p> <p>Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p> <p>Groupe sanguin :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Classe :</p> <p>Nouvel élève : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>الشهرة:</p> <p>الاسم:</p> <p>الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>فئة الدم:</p> <p>تاريخ الميلاد:</p> <p>الصف:</p> <p>طالب جديد في المدرسة: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>
<p>EN CAS D'URGENCE</p> <p>Portable mère :</p> <p>Portable père :</p>	<p>تفاصيل الاتصال في حالات الطوارئ</p> <p>خليوي الوالدة:</p> <p>خليوي الوالد:</p>
<p>En cas d'urgence l'infirmierie composera le 999 pour un transfert au S.K.M.C.Hospital.</p> <p>Etes-vous d'accord ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>في حالات الطوارئ ستتصل عيادة المدرسة بالرقم 999 للنقل إلى مستشفى مدينة الشيخ خليفة الطبية.</p> <p>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... ?</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> si oui veuillez spécifier:</p> <p>.....</p>	<p>هل يعاني ولدك أي حساسية من أدوية أو لدغات حشرات أو مأكولات معينة..؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:</p> <p>.....</p>
<p>Votre enfant souffre-t-il d'un problème de santé particulier ? (cardiaque, respiratoire, neurologique, asthme, diabète, épilepsie...)</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, veuillez spécifier le traitement :</p> <p>.....</p>	<p>هل يعاني ولدك أي مشاكل صحية؟ (مشاكل في القلب أو جهاز التنفس أو الجهاز العصبي أو الربو أو السكري أو الصرع...)</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة نعم يرجى تحديد العلاج:</p> <p>.....</p>
<p>Votre enfant suit-il un traitement médical particulier ?</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez spécifier :</p> <p>.....</p>	<p>هل يتبع ولدك علاجاً معيناً؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:</p> <p>.....</p>
<p>Votre enfant a-t-il subi une chirurgie ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, veuillez spécifier :</p> <p>.....</p>	<p>هل خضع ولدك لأي عملية جراحية؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:</p> <p>.....</p>
<p>Votre enfant a-t-il des problèmes visuels, auditifs, orthophoniques ou autres ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, veuillez spécifier :</p> <p>.....</p>	<p>هل يعاني ولدك أي صعوبات في النظر أو السمع أو النطق أو غيرها؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:</p> <p>.....</p>
<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>	<p>.....</p>

CONFIDENTIEL

سري

INFORMATIONS MEDICALES POUR L'INFIRMERIE

معلومات طبية لعيادة المدرسة

<p>Votre enfant a-t-il d'autres problèmes ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, veuillez spécifier :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>هل يعاني ولدك مشاكل أخرى؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة نعم يرجى التحديد:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>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) :</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>إذا كان ولدك يعاني من مرض مزمن أو من حالة حساسية قوية تفرض وضع برنامج الاستجابة للحالات الطارئة ، نقتراح تعبئة الاستمارة الخاصة على موقع المدرسة (PAI)</p> <p>هل توافق؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p>
<p>Veuillez cocher la case si votre enfant a déjà eu les maladies suivantes:</p> <p>Rougeole <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/></p> <p>Varicelle <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/></p>	<p>يرجى وضع علامة في المربع المناسب، في حال كان تعرض ولدك إلى أي من الأمراض التالية:</p> <p>الحصبة <input type="checkbox"/> الحصبة الألمانية <input type="checkbox"/> النكاف <input type="checkbox"/></p> <p>الحمق <input type="checkbox"/> التهاب الكبد الوبائي <input type="checkbox"/> غيرها <input type="checkbox"/></p>
<p>Signature des parents :</p> <p>Date :</p>	<p>توقيع الوالد(ة):</p> <p>التاريخ:</p>
<p>Veillez retourner ce document à l'accueil sous enveloppe accompagné de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La copie du carnet de santé à jour - Le consentement pour médicaments non prescrits - La copie des certificats médicaux s'il y en a - Une photo d'identité <p>Merci de votre collaboration</p>	<p>يرجى إعادة هذا المستند إلى مكتب استقبال المدرسة مرفقاً مع:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسخة حديثة عن الدفتر الصحي - تصريح بإعطاء الأدوية التي لا تحتاج وصفة طبية - نسخة عن الشهادات الصحية في حال وجدت - صورة شخصية <p>نشكر تعاونكم</p>