

Gulf English School

Student Medical History



STUDENT DETAILS:

First name:	Father's name:	Family name:
Date of birth: / /	Nationality:	

CONTACTS IN CASE OF ILLNESS:

Name:	Name:
Home telephone: Mobile:	Home telephone: Mobile:
Work telephone:	Work telephone:

EMERGENCY CONTACTS:

Name:	Telephone:
Name:	Telephone:

STUDENT'S MEDICAL HISTORY:

Please tick if the student has suffered from any of the following:

Diabetes <input type="checkbox"/>	Eczema <input type="checkbox"/>		
Measles <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>	Rheumatic fever <input type="checkbox"/>	Epilepsy <input type="checkbox"/>
Blood diseases <input type="checkbox"/>	Speech problems <input type="checkbox"/>	Mumps <input type="checkbox"/>	

Has the student got any chronic medical problems? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If YES please give details below:

FAMILY MEDICAL HISTORY:

Please give details if there is any family history of the following illnesses:

TB:	EPILEPSY:
DIABETES:	OTHERS:

I HEREBY GIVE PERMISSION TO THE SCHOOL DOCTOR TO ADMINISTER FIRST AID, AND TO ACT IN CASUALTIES AND EMERGENCIES, INCLUDING ADMITTANCE TO HOSPITAL IN CASE OF EMERGENCY.

Name of parent/guardian:	Date: / /
Signature:	



مدرسة الخليج الانجليزية

تاريخ الطالب الصحي

اسم الطالب بالكامل:

الجنسية :	تاريخ الميلاد: / /
-----------	--------------------

ارقام الهواتف

الاسم :	الاسم :
---------	---------

هاتف المنزل: نقال:	هاتف المنزل: نقال:
--------------------	--------------------

هاتف العمل :	هاتف العمل :
--------------	--------------

ارقام هواتف اضافية لحالات الطوارئ

الهاتف: موبايل :	الاسم :
------------------	---------

الهاتف: موبايل :	الاسم :
------------------	---------

التاريخ الطبي للطالب

(يرجى وضع دائرة على المكان المراد تحديده في حالة اصابة الطالب به)

<input type="checkbox"/> سكر	<input type="checkbox"/> اكزيما	<input type="checkbox"/> نكاف
<input type="checkbox"/> ربو شعبي	<input type="checkbox"/> حمى رماتيزمية	<input type="checkbox"/> صرع
<input type="checkbox"/> مشكلة في النطق	<input type="checkbox"/> امراض فى الدم	<input type="checkbox"/> حصيه

في حال وجود احد الامراض المزمنة الرجاء ذكر اسم الطبيب المعالج والمركز والعلاج المستخدم.

التاريخ الصحي للعائلة (الام، الاب، الجد، الجده) ان وجد.

الدرن	صرع
اي امراض اخرى	سكر

انا ولى الامر الموقع ادناه/اسمح لطبيبة المدرسة باعطاء ابني/ابنتي الدواء ومعالجتهم ان احتاجوا لذلك واستعمال الاسعافات الاولية وادخالهم المستشفى في حالات الطوارئ.

التاريخ : / /	اسم ولى الامر
---------------	---------------

التوقيع
