حكومة دبي
GOVERNMENT OF DUBAI

هيئة الصحة بدبي
DUBAI HEALTH AUTHORITY

الموافقة على إجراء التطعيمات

اسم الطفل: ----------
تاريخ الميلاد: ----------
اسم المدرسة: ----------
الفصل / الصف: ----------

أصرح بأن تعطى التطعيمات اللازمة لابني / ابنتي. ☐
لا أوافق بإعطاء التطعيمات لابني / ابنتي. ☐
الاسم والتوقيع: ----------
الاهل / الوصي
رقم صندوق البريد: ----------

رقم الهاتف: ----------
حضرة الاهل الكرام نود الطلب منكم بتزويدنا بالمعلومات التالية لإضافتها إلى الملف الصحي الابن /الابنة
وإرسال سجل التحصينات الاصلي.

سجل الأمراض ما قبل الدخول إلى المدرسة:
الرجاء وضع علامة (√) في المكان المناسب
إذا كان الرد بنعم يرجى تحديد تاريخ حدوث الاصابة

الامراض المعدية	نعم	لا	الأمراض غير المعدية	نعم	لا
الخناق (الدفتيريا)			الحوادث		
الزحار			الحساسية		
عدوى التهاب الكبد الوبائي			ربو		
الحصبة			أمراض القلب الخلقية		
النكاف			داء السكري		
شلل الأطفال			صرع		
الحصبة الألمانية			G6PD (Glucose6-Phospate Dehydrogenase deficiency)		
حمى قرمزية			الحمى الروماتيزمية		
مرض السل			عملية جراحية		
سعال ديكي			الثلاسيميا		
الجدري المائي					

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى كتابة سنة المرض
التاريخ لـ:
نقل الدم نعم ☐ لا ☐ التردد:
العلاج في المستشفى نعم ☐ لا ☐ السبب: التاريخ:
تاريخ العائلة:

مرض السكري ارتفاع ضغط الدم، اضطراب نفسي، السكتة الدماغية، مرض السل، أخرى' حدد----------

توقيع ممرضة المدرسة المرخصة: ----------

حكومة دبي
GOVERNMENT OF DUBAI

هيئة الصحة بدبي
DUBAI HEALTH AUTHORITY

CONSENT FOR IMMUNIZATION

Child Name: ----------
Date of Birth: ----------
School Name: ----------
Class/Grade: ----------

Please Tick (√)
☐ I give the consent for the immunization of my child
☐ I don't agree for immunization of my child.

Name & Signature: ----------
Parents/ Guardian
P.O.Box:----------
Telephone Number: ----------

Dear Parents
Please provide the following information to update your child school health record and send his/her ORIGINAL IMMUNIZATION CARD
Child History of illness:
Please tick (√) appropriately, if yes, Specify Month/Year of illness

Infectious Disease	YES	NO	Non-Infectious Disease	YES	NO
Diphtheria			Accidents		
Dysentery			Allergies		
Infective Hepatitis			Bronchial Asthma		
Measles			Congenital Heart Disease		
Mumps			Diabetes Mellitus		
Poliomyelitis			Epilepsy		
Rubella			G6PD (Glucose6-Phospate Dehydrogenase deficiency)		
Scarlet Fever			Rheumatic Fever		
Tuberculosis			Surgical Operation		
Whooping Cough			Thalassemia		
Chicken Pox					

If yes, write the year of illness
History of:

Blood Transfusion ☐No ☐Yes, Frequency: ----------
Hospitalization ☐No ☐Yes, Reason: ----------**Date:**
family History: Diabetes- Hypertension- Mental Disorder- Stroke- Tuberculosis-
Other, Specify----------

Licensed School Nurse Signature: ----------