

المدارس العامة ببرينتري (Braintree Public Schools)

التاريخ الطبي

(يجب تعبئتها بواسطة الوالد/ ولي الأمر)

الاسم الأول	الأوسط	الأخير	الاسم	الصف	المدرسة
العنوان	العنوان	العنوان	الهاتف	الهاتف	الهاتف
استمارة التحويل	استمارة التحويل	استمارة التحويل	تاريخ اليوم	تاريخ اليوم	تاريخ اليوم
تاريخ الميلاد	تاريخ الميلاد	تاريخ الميلاد	مدينة/ ولاية الميلاد	مدينة/ ولاية الميلاد	مدينة/ ولاية الميلاد
اسم الوالد/ولي الأمر	اسم الوالد/ولي الأمر	اسم الوالد/ولي الأمر	العلاقة	العلاقة	العلاقة
البريد الإلكتروني	البريد الإلكتروني	البريد الإلكتروني	العلاقة	العلاقة	العلاقة
اسم الوالد/ولي الأمر	اسم الوالد/ولي الأمر	اسم الوالد/ولي الأمر	العلاقة	العلاقة	العلاقة
البريد الإلكتروني	البريد الإلكتروني	البريد الإلكتروني	العلاقة	العلاقة	العلاقة
الاسم	تاريخ الميلاد	الاسم	تاريخ الميلاد	الاسم	تاريخ الميلاد
يعيش الطفل(ة) مع:	<input type="checkbox"/> الوالد/ولي الأمر	<input type="checkbox"/> شخص آخر			

هل كانت هناك أية مضاعفات عند الميلاد؟ نعم لا

إذا أُجبت بنعم، نرجو وصفها:

هل يعاني هذا الطفل من أي مما يلي: إذا أُجبت بنعم، نرجو التوضيح:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> الربو | <input type="checkbox"/> كسور/ المكان/ التاريخ |
| <input type="checkbox"/> حساسية (أدرجها) | <input type="checkbox"/> استخدام قلم إيبينفرين (Epi-Pen) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> مشكلات في القلب | <input type="checkbox"/> الإلتهاب الكبدي |
| <input type="checkbox"/> مشكلات في الكلى | <input type="checkbox"/> انحراف العمود الفقري جانبياً |
| <input type="checkbox"/> السكرى | <input type="checkbox"/> مشكلات سمعية <input type="checkbox"/> أجهزة للسمع |
| <input type="checkbox"/> نوبات الصرع | <input type="checkbox"/> مشكلات بصرية <input type="checkbox"/> نظارة <input type="checkbox"/> عدسات لاصقة |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك | |

هل يتناول الطفل أية أدوية؟ إذا أُجبت بنعم، اذكر الأدوية وسبب تناولها

هل يمكن للتلميذ المشاركة في برنامج التربية البدنية بأكمله؟ نعم لا
إذا أُجبت بلا، وضح لماذا

طبيب العائلة

طبيب الأسنان الخاص بالعائلة

أعطي الإذن لمرمضة المدرسة بتبادل المعلومات الطبية المذكورة أعلاه مع موظفي المدرسة على النحو المناسب لصحة طفلي وسلامته. نعم لا

توقيع الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر

نرجو إعادة الاستمارة المكتملة إلى ممرضة المدرسة