

House of Colours NURSERY

PLEASE ATTACH
2 RECENT PASS-
PORT PHOTO-
GRAPHS

2 صورة شخصية

ENTERPRISE STUDENT INFORMATION SYSTEM
(ESIS) NUMBER

START DATE

DAY اليوم

MONTH الشهر

YEAR السنة

(OFFICE USE ONLY) للاستخدام الرسمي فقط

MEDICAL FORM - PLEASE COMPLETE CLEARLY

استمارة طبية
يرجى ملء الاستمارة بوضوح

CHILD'S DETAILS بيانات الطفل

FIRST NAME

الاسم الأول

FAMILY NAME

اسم العائلة

DATE OF BIRTH

تاريخ الميلاد

DAY اليوم

MONTH الشهر

YEAR السنة

NATIONALITY

الجنسية

GENDER

الجنس

MALE ذكر

FEMALE أنثى

PARENT'S DETAILS بيانات الوالدين

MOTHER'S NAME

اسم الأم

FATHER'S NAME

اسم الأب

NATIONALITY

الجنسية

NATIONALITY

الجنسية

MOBILE NUMBER

رقم الهاتف

MOBILE NUMBER

رقم الهاتف

EMAIL

البريد الإلكتروني

EMAIL

البريد الإلكتروني

EMPLOYER

الوظيفة

EMPLOYER

الوظيفة

WORK NUMBER

هاتف العمل

WORK NUMBER

هاتف العمل

GUARDIAN'S DETAILS بيانات ولي الأمر

NAME

الاسم

MOBILE NUMBER

هاتف العمل

RELATIONSHIP TO CHILD (AUNTY, UNCLE, NANNY, DRIVER)

(علاقته بالطفل ، خال/خاله ، عم/عمة ، مربية ، سائق ..)

EMERGENCY CONTACT أرقام الطوارئ

Who do you want us to contact in an emergency?

بمن نتصل في حالة الطوارئ؟

MOTHER الأم

FATHER الأب

OTHER شخص آخر

If other, please give details

إذا كان أحد غير ذلك يُرجى كتابة التفاصيل

TELEPHONE NUMBER

رقم الهاتف

MEDICAL HEALTH INSURANCE INFORMATION

معلومات التأمين الصحي

MEDICAL INSURANCE NUMBER
رقم التأمين الصحي

THE FOLLOWING PAPERWORK AND SIGNATURES SHOULD BE ATTACHED WITH
THIS MEDICAL FORM

يجب إرفاق الأوراق الثبوتية التالية والتوقيع على هذا النموذج الطبي

1 Photocopy of your child's passport نسخة من جواز سفر الطفل	<input type="checkbox"/>
1 Photocopy of your child's vaccination document نسخة من شهادة التطعيم	<input type="checkbox"/>
1 Photocopy of your child's medical insurance/ Emirates ID نسخة من الضمان الصحي	<input type="checkbox"/>
Signed Medical Directive التوجيه الطبي الموقع	<input type="checkbox"/>
Signed Consent Declaration إقرار الموافقة الموقع	<input type="checkbox"/>

MEDICAL INFORMATION
معلومات طبية

	YES نعم	NO لا		YES نعم	NO لا
DIABETES مرض السكري			WHOOPING COUGH السعال الديكي		
KIDNEY DISEASE أمراض الكلى			CHICKEN POX الجدري		
MOBILITY PROBLEMS مشكلة في الحركة			LIVER DISEASE أمراض الكبد		
HEART DISEASE أمراض في القلب			EYE PROBLEMS مشاكل في العيون		
LUNG DISEASE امراض في الرئة			ASTHMA الربو		
DIPHTHERIA اللاختناق			EPILEPSY الصرع		
MEASLES الحصبة			ECZEMA الأكزيما		
MUMPS النكاف			BED WETTING التبول اللاارادي		
RUBELLA الحصبة الالمانية			OTHER? PLEASE SPECIFY BELOW يرجى تحديد أمراض أخرى ان وجدت		

If you answered YES to any of the above, please provide details below:

إذا أجبت بنعم على أي مما سبق، يرجى تقديم التفاصيل أدناه:

MEDICAL INFORMATION معلومات طبية

Does your child require regular or long-term medication? If you answered YES, please provide details

YES نعم NO لا

هل يحتاج طفلك إلى أدوية منتظمة أو طويلة الأجل؟
إذا أجبت بنعم، يرجى تقديم التفاصيل

ALLERGIES الحساسية

Many children have different FOOD PREFERENCES which are very different to a true and tested life threatening FOOD ALLERGY, your child will ONLY be placed on our Nurseries ALLERGY FOOD LIST IF the Nursery Staff has received a signed medical letter from a doctor with full written details and a care plan for the treatment of your child. Any child requiring the use of an EPIPEN, must have this medical device provided by the parent.

العديد من الأطفال لديهم تفضيلات غذائية مختلفة والتي تختلف كثيرا عن حساسية الغذاء الحقيقية والمختبرة التي تهدد الحياة سيتم وضع طفلك فقط على قائمة حساسية الطعام الخاصة بنا إذا استلم موظفو الحضانة رسالة طبية موقعة من الطبيب مع المعلومات الخطية كاملة وخطة الرعاية لعلاج طفلكم. يجب على الأهل تأمين الأيبين لأي طفل قد يحتاج استعماله

Does your child have any of the following? هل لدى طفلك أي مما يلي

Allergies to any foods? حساسية من نوع معين من الطعام

YES نعم NO لا

Allergies to any medicine? حساسية من نوع معين من الدواء

YES نعم NO لا

Allergies to anything else? Please give details حساسية من أشياء أخرى يرجى إعطاء تفاصيل

YES نعم NO لا

CONSENT DECLARATION إقرار الموافقة

CHILD'S NAME
اسم الطالب

PARENT'S NAME
اسم ولي الأمر

I, parent of the above named child, do hereby give my consent to the administering of basic medical treatment to my child, if necessary, whilst am aware that the Nursery Staff are qualified with BLS Training at the English Garden Nursery in the form of:-

أنا، والد الطفل المذكور أعلاه، أوافق على إعطاء العلاج الطبي الأساسي لطفلي، إذا لزم الأمر بينما أدرك أن طاقم حضانة بيت الألوان مؤهل ومدرب على الإسعافات الأولية وإجراءات دعم الحياة الأساسية

YES نعم NO لا

Antipyretic Oral Medication – in case of fever; Temp ≥ 38.0 °C (100.4 °F), and/or pain
دواء خافض للحرارة عن طريق الفم - في حالة الحمى؛ درجة الحرارة ≥ 38.0 درجة مئوية (100.4 درجة فهرنهايت)، و/أو الألم

Antipyretic Suppository Medication – in case oral medication is not tolerated/possible
الأدوية التحاميلية الخافضة للحرارة - في حالة عدم تقبل الدواء الفموي

Antipruritic/Antihistaminic/Anti-allergic Gel - in case of insect bites/ stings/ mild allergic reaction
هلام مضاد للحساسية/مضادات الهيستامين/مضاد للحكة - في حالة لدغات الحشرات / لسعات / رد فعل تحسسي خفيف

Antiseptic solution/Antibiotic cream – superficial wounds
محلول مطهر / كريم مضاد حيوي - جروح سطحية

Plasters/Bandages – in case of cuts and scrapes
اللصقات / الضمادات - في حالة الجروح والخدوش

Any medication or treatment for a minor Accident/Incident will be reported through an Accident/Incident form from the Nursery Staff and the witness and is provided to the parent at the end of the day. Only serious illness or injury will be reported by a telephone call.

سيتم الإبلاغ عن أي دواء أو علاج لحادث/ حادث بسيط من خلال نموذج الحادث الموقع من موظفة العيادة في الحضانة والشاهد ويتم تسليمه للأهل في نهاية اليوم. سيتم الإبلاغ عبر الهاتف فقط عن أي مرض خطير أو إصابة.

PARENT'S SIGNATURE
توقيع ولي الأمر

DATE
التاريخ

DAY اليوم

MONTH الشهر

YEAR السنة

MEDICAL REDIRECTIVE إعادة التوجيه الطبي

It is very important for us to minimize the spread of preventable illness in children at our Nursery. We therefore advise all parents to refrain from bringing your child to Nursery if they are suffering from any of the following symptoms:

من المهم جدا بالنسبة لنا أن نقلل من انتشار الأمراض التي يمكن الوقاية منها بين الأطفال في الحضانة. لذلك ننصح جميع الأهل بالامتناع عن إحضار طفلهم إلى الحضانة إذا كان يعاني من أي من الأعراض التالية:

Diarrhea
اسهال

Vomiting
القيء

Fever
حمى

Symptoms of flu or excess coughing
أعراض الإنفلونزا أو السعال الزائد

Your child must be symptom free for 24-48 hours before you may bring him/her child back to Nursery. For all communicable cases, a DOCTOR'S CLEARANCE is required to be submitted in the clinic upon return to the Nursery. This is a medical report from the Doctor that states that the child's condition is no longer contagious and they are safe to return to the Nursery. If your child develops a fever or any serious injury/illness while in the Nursery, you will be contacted to collect them from the Nursery Clinic. It is the parent's responsibility to leave their work/home IMMEDIATELY and report to the Nurses clinic to pick up their sick child.

I, named above, have read and understood and will abide by the above directive.

يجب أن يكون طفلك خاليا من الأعراض لمدة 24-48 ساعة قبل أن تتمكن من اعادته إلى الحضانة. بالنسبة لجميع الحالات المعدية، يجب تقديم تقرير طبي عند العودة إلى الحضانة. هذا التقرير الطبي من الطبيب ينص على أن حالة الطفل لم تعد معدية وأنه آمن للعودة إلى الحضانة. إذا أصيب طفلك بحمى أو أي إصابة / مرض خطير أثناء وجوده في الحضانة ، فسيتم الاتصال بك لاصطحابه من الحضانة. يتحمل الأهل مسؤولية ترك عملهم/منزلهم على الفور والحضور إلى عيادة الحضانة لإستلام طفلهم المريض. أنا المذكور أعلاه ، لقد قرأت وفهمت، وسألتزم بالتوجيه على النحو الوارد أعلاه.

PARENT'S SIGNATURE
توقيع ولي الأمر

DATE
التاريخ

DAY اليوم

MONTH الشهر

YEAR السنة



ANY OTHER INFORMATION أي معلومات أخرى

If you have any other information you feel you should share with us regarding your child's health, please give details below and if you have other concerns, please discuss this with the Nursery Staff.

إذا كان لديك أي معلومات أخرى تعتقد أنه يجب عليك مشاركتها معنا فيما يتعلق بصحة طفلك ، يرجى إعطاء التفاصيل أدناه وإذا كانت لديك مخاوف أخرى ، يرجى مناقشة ذلك مع موظفي الحضانة.