

المعلومات الصحية الخاصة بالطلبة الجدد

للعام الدراسي 2025 /2024

اسم الطالب من أربعة مقاطع : _____

الصف : _____ زمرة الدم : _____

*هل يعاني الطالب من أحد الصعوبات التالية ؟ إن كانت الإجابة بنعم يرجى التوضيح أو إرفاق تقرير طبي بذلك .

التوضيحات	لا	نعم	الصعوبات
			صعوبات سلوكية
			صعوبات في النطق
			ضعف في السمع (يستعمل سماعة)
			ضعف في البصر (يستعمل نظارة طبية)
			عمى ألوان
			مشاكل في التنفس

*هل أصيب الطالب /ة بأحد الأمراض التالية ؟

التوضيحات	لا	نعم	الأمراض
			النكاف (أبو ضغيم)
			اليسرقان
			جدري الماء
			الحصبة الألمانية

*هل يعاني من أحد الأمراض التالية ؟ إن كانت الإجابة بنعم يرجى التوضيح أو تزويدنا بتقرير من الطبيب .

التوضيحات	لا	نعم	الأمراض
			سكري /معتمد على الأنسولين / غير معتمد على الأنسولين
			صرع
			أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم
			الربو (الأزمة): هل يستخدم بخاخ في حالة نعم يرجى تزويد المدرسة به.
			أمراض المفاصل والعظام



هل يعاني من أمراض أخرى؟ الرجاء ذكرها :

هل تم إخضاعه لعمليات جراحية؟ الرجاء ذكرها وتاريخها:

هل هناك تشوهات خلقية؟ الرجاء ذكرها :

هل يعاني من الحساسية (أطعمة وعلاجات)؟ الرجاء ذكرها :

هل هناك أي سبب يحد من اشتراك الطالب /ة في الأنشطة الرياضية؟ الرجاء ذكرها مع إرفاق تقرير طبي:

هل يوجد تأمين خاص بالطالب 1- نعم 2- لا

اسم شركة التأمين _____ رقم بطاقة التأمين _____ تاريخ انتهاء التأمين / /

في حالة الطوارئ الطبية أفوض روضة ومدارس كلية السعادة بأخذ ابني / ابنتي إلى الجهة الطبية المناسبة أو الطبيب المعتمد لدى روضة ومدارس كلية السعادة ، وأقر بإعطاء الموافقة على جميع الإجراءات الطبية الضرورية.

تتكفل إدارة مدارس كلية السعادة بمعالجة الطلبة في المستشفيات والأطباء المتعاقدين معها فقط وبخلاف ذلك لا تتحمل إدارة الكلية أية نفقات أو مسؤولية قانونية في حال تم اختيار المشفى أو الطبيب من قبل ولي الأمر دون موافقة المدرسة.

في حال تمت إصابة الطالب في المدرسة ولم يُبلغ عنها، ثم قام ولي الأمر بعد يوم بإجراء فحوصات أو اي إجراء طبي، لا تتحمل المدرسة أي نفقات علاجيه .

أسماء أشخاص غير الوالدين وأرقام هواتفهم للاتصال بهم في حالة الطوارئ:

الإسم	رقم الهاتف	درجة القرابة

ملاحظة هامة :

يرجى العلم بأن إدارة الكلية تُحمّل الأهل مسؤولية متابعة المطاعيم في سن 6 و 15 سنة ، ومراجعة طبيب العائلة في حال رفض ولي الأمر إعطائها من خلال المدرسة .

إقرار

أقر أنا الموقع أدناه بصفتي الشخصية وبصفتي ولي أمر الطالب / الطالبة _____ أن جميع المعلومات الواردة بهذا الطلب صحيحة ويُعتبر تسجيل الطالب لاغياً إذا تبين أن المعلومات خاطئة وأقر بأن ابني / ابنتي قد أخذت جميع المطاعيم اللازمة لعمره /ها حتى تاريخه وعليه أوقع .

اسم ولي الأمر : _____ التوقيع :

التاريخ : / /

