

MEDICAL CONSENT FORM



Parent/ Guardian Consent and Agreement to First Aid, Emergency and Medical Examination.

Child's Name اسم الطفل

I consent to the Nursery Doctor/ Nurse / Carer performing examinations, assessing and administering initial first aid.

I consent to the use of the following topical treatments:

أوافق على تقديم الرعاية الصحية لطفلي وإجراء الإسعافات الأولية من الممرضة او مقدم الرعاية الصحية , مع الموافقة على استخدام العلاجات الموضعية التالية :

	YES	NO
● Arnica Cream for bumps and bruises كريم ارنیکا للكدمات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Fenistil Cream for insect bites; كريم فينستيل للدغات الحشرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Antiseptic Cream and band aids for minor grazes; كريم مطهر , وضامادات للجروح الخفيفة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Cool Packs for minor skin and muscle trauma; كمادات باردة للكدمات الخفيفة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● Non-medicated eye drops or eye flush غسول العين لتهدئة العين الخفيف for a minor eye irritation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I consent to the administering of over-the-counter medication (e.g. Adol/anti-histamine medication). In the event your child develops a fever or has pain or mild allergic reaction, it may be necessary to administer Adol (fever/pain reliever) or Claritin Syrup (anti-histamine). If your child is unable to take this medication, please inform the administrative staff.

أوافق على إعطاء الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (مثل Adol / الأدوية المضادة للهستامين). في حالة إصابة طفلك بالحمى أو الشعور بالألم أو رد فعل تحسسي خفيف ، قد يكون من الضروري إعطاء أدول (مسكن للحمى / مسكن للألم) أو شراب كلاريتين (مضاد للهستامين). إذا كان طفلك غير قادر على تناول هذا الدواء ، فيرجى إبلاغ الطاقم الإداري. في حالة احتياج طفلك إلى علاج طارئ ، سيتم الاتصال بك وبطلب منك إحضار طفلك من الحضانة. إذا كانت الحضانة غير قادرة على الاتصال بك ، فسيتم نقل طفلك إلى الطبيب / المستشفى للتشخيص والعلاج. سنواصل محاولة الاتصال بك خلال هذه العملية.

In the event your child requires emergency treatment, you will be contacted and asked to collect your child from the nursery. If the nursery is unable to contact you, your child will be taken to their doctor/ hospital for diagnosis and treatment. We will continue trying to contact you during this process.

في حالة احتياج طفلك إلى علاج طارئ ، سيتم الاتصال بك ويطلب منك إحضار طفلك من الحضانة. إذا كانت الحضانة غير قادرة على الاتصال بك ، فسيتم نقل طفلك إلى الطبيب / المستشفى للتشخيص والعلاج.

Parent's Name (Please Print) اسم ولي الأمر _____

Signature التوقيع _____ Date التاريخ _____

**FOR ALL ORAL, TOPICAL AND OTHER MEDICATIONS INCLUDING PARACETAMOL,
YOU WILL BE IMMEDIATELY CONTACTED ON A CASE BY CASE BASIS.**

بالنسبة لجميع الأدوية الخارجية و الموضعية و الأدوية الأخرى بما في ذلك باراسيتامول ، سيتم الاتصال بك فوراً
لإبلاغك في حالة استخدامها .