



MEDICAL & IMMUNISATION RECORD السجل الطبي

Start Date التاريخ : _____

Child's Full Name الاسم الكامل للطفل _____

Nationality: الجنسية	Date of Birth: تاريخ الميلاد	Gender: الجنس Boy <input type="checkbox"/> Girl <input type="checkbox"/>
----------------------	------------------------------	---

Contact Details: تفاصيل الاتصال

Father's Name: اسم الاب	Mother's Name: اسم الام
Father's Mobile Number: رقم موبايل الاب	Mother's Mobile Number: رقم موبايل الام
Father's Work Telephone number رقم هاتف العمل للأب	Mother's Work Telephone number: رقم هاتف العمل للأم
E-Mail: البريد الالكتروني	E-Mail: البريد الالكتروني
Home Address: عنوان المنزل	Home Telephone Number: عنوان المنزل

In the event of an emergency, please state who you wish us to contact:

في حالة الطوارئ يمكن التواصل مع :

Mother Father Other

ارقام طوارئ بديلة: Alternative Emergency Contact:

Name:	Mobile Number:	Relationship: صلة القرابة
Name:	Mobile Number:	Relationship: صلة القرابة
Name:	Mobile Number:	Relationship:

طبيب العائلة - العيادة - المستشفى Family Doctor/Clinic/Preferred Hospital

Name: الاسم	Contact Telephone Number: رقم التواصل
-------------	---------------------------------------

Has your child had any of the following? (Please tick yes or no where applicable)

هل يعاني طفلك من أي مما يلي؟ (يرجى وضع علامة "نعم" أو "لا" عند الحاجة)

	NO	YES		NO	YES
Eczema الاكزيما			Bronchial Asthma الربو		
Congenital Heart Disease مرض قلب خلقي			Chicken pox الجدري		
Diphtheria الخناق			Diabetes Mellitus السكري		
Dysentery الزحار			Epilepsy/Seizures الصرع		
G6PD(Glucose6-phosphate dehydrogenase deficiency)(نقص نازعة هيدروجين الجلوكوز 6 فوسفات)			Ineffective Hepatitis التهاب الكبد غير الفعال		
Measles الحصبة			Mumps النكاف		
Poliomyelitis شلل الأطفال			Rubella الحصبة الألمانية		
Rheumatic Fever الحمى الرماتيزمية			Scarlet Fever حمى قرمزية		
Tuberculosis مرض السل			Whooping Cough السعال الديكي		
Thalasaemia الثلاسيميا			Accidents حوادث		
Vision problems/glasses مشاكل الرؤية			Surgery السكر		
Frequent Headaches صداع متكرر			Frequent Gastric Problems مشاكل بالمعدة متكررة		
Hearing Problems مشاكل بالسمع			Other اخرى		

:Please provide details for any of the above answered YES, including treatment and medications
يرجى تقديم تفاصيل عن أي من الإجابات بنعم أعلاه ، بما في ذلك العلاج والأدوية:

Family History

Diabetes: Yes No Stroke: Yes No Tuberculosis: Yes No

Child's history of the patient's medical history : Blood Transfusion نقل دم : Yes No

Hospitalization: Yes No

Is your child on any regular medication لدى الطفل حساسية من الدواء? Yes No

If yes to any of the family history, please list اذا كانت الاجابة نعم الرجاء تحديدها

Does your child have any allergies e.g. food, nuts, medicine, seasonal? Yes No

هل يعاني طفلك من أي حساسية مثل الغذاء والمكسرات والأدوية الموسمية

If yes, please list: اذا كانت الاجابة نعم , الرجاء تحديد القائمة

Immunisation History

The Nursery needs to maintain current information on each child's immunisation history. It is therefore important that *Sunflower Nursery* has a copy of your child's immunisation records. Please provide any record updates as soon possible

Has your child received all required vaccinations up to date: Yes No

تاريخ التطعيم
تحتاج الحضانة إلى الاحتفاظ بالمعلومات الحالية حول تاريخ التطعيم لكل طفل. لذلك من المهم أن يكون لدى حضانة صن فلاور نسخة من سجلات التطعيم الخاصة بطفلك. يرجى تقديم أي تحديثات سجل في أقرب وقت ممكن.
هل تلقى طفلك جميع التطعيمات المطلوبة حتى الآن:

If not, please specify the reason: اذا لم يتلقى التطعيمات المطلوبة الرجاء ذكر السبب

I have attached a copy of my child's immunisation record: Yes No

If not, please bring a copy as soon as possible.

لقد ارفقت نسخة من سجل تطعيم ابني , اذا لم يتم الارقاق نرجو احضارها بأقرب وقت ممكن

Does your child have a special educational need? Yes

هل طفلك من أصحاب الهمم

If yes, please specify the diagnosis and requirements: _____

اذا كانت الاجابة نعم نرجو ارفاق تشخيص الحالة والمتطلبات

Is there any reason for your child to have restricted physical activity? If yes, please provide the details: _____

هل هناك أي سبب يمنع طفلك من ممارسة النشاط البدني؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم التفاصيل

I hereby confirm that all the above information is true and correct to the best of my knowledge.

أؤكد بموجب هذا أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة

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

Signature التوقيع : _____ Date التاريخ : _____

For Office Use Only خاص بدارة الحضانة

Date Received:	
Checked By:	
Photo	
Immunisation record	
Medical Card	