



## المعلومات الصحية

اسم الطبيب/العيادة: \_\_\_\_\_ الهاتف \_\_\_\_\_

### تحذيرات صحية

هل يعاني الطفل من أي حالة قد تؤثر على مشاركته في الأنشطة البدنية؟  نعم  لا

التقييدات \_\_\_\_\_ (مثل صعود الدرج، المشاركة في حصص الرياضة)

حالات الحساسية \_\_\_\_\_

هل هو مخوّل لتسهيلات الفقرة 504 في العام الحالي؟  نعم  لا

الأعوام السابقة؟  نعم  لا

لدى ابني/ ابنتي (ضع علامة X على كل الاجابات المناسبة):  تأمين صحي خاص  برنامج ميديكيد (Medicaid)  لا يوجد تأمين صحي

إذا كان طفلك بدون تأمين صحي، هل ترغب في أن نفصح عن معلومات الاتصال بك المذكورة على هذه البطاقة لمعرفة خيارات التأمين المتوفرة لك؟  نعم  لا

في حالة لم نستطع الاتصال بأي شخص من الأشخاص المذكورة أسماؤهم على هذه البطاقة، ماذا تريد أن تفعل المدرسة في حالة مرض طفلك أو إصابته؟

من المُفترض أن الغلبة ستكون لتقدير سلطات المدرسة في الترتيبات النهائية في حالة طوارئ. وستُحترم توصية الوالدة(ة) كما هو مشار إليها أعلاه بقدر الإمكان.

## الأخوة

الاسم الأخير للأخ(ت)	الاسم الأول للأخ(ت)	المدرسة التي يداوم بها الأخ(ت)

## توقيع الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر

يجب إبلاغ مدير المدرسة كتابياً بأي تغييرات في المعلومات الواردة في هذه البطاقة

توقيع الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر \_\_\_\_\_

## لاستخدام المدرسة فقط / FOR SCHOOL USE ONLY

يتعين إكمالها من طرف طاقم العاملين بالمدرسة فقط.

الصف \_\_\_\_\_ الفصل \_\_\_\_\_ رقم الغرفة \_\_\_\_\_ معلم(ة) \_\_\_\_\_

أسرد أدناه أسماء الأطراف المذكورين للاتصال في حال الطوارئ أو المرض أو الإصابة. البيانات ذات الصلة من السجل الصحي

التاريخ	الاتصال	السبب	الترتيب