

السادة أولياء الأمور،

حسب متطلبات هيئة الصحة بدبي، نعلمكم بأن المدرسة تقوم بإعطاء الطلاب التطعيمات اللازمة من قبل عيادة المدرسة لدينا بشرط أن يوافق ولي الأمر على ذلك. وبالتالي، يرجى التكرم بقراءة وملء النموذج المناسب أدناه وتقديم بطاقة التطعيم الأصلية. أ. إذا لم تكن ترغب بتطعيم أبنائك داخل المدرسة، يرجى ملء نموذج التالي.

اسم الطالب:	_____
تاريخ الميلاد:	_____
الصف:	_____
المركز الطبي/المستشفى:	_____
أرفض أن يتم تطعيم ابني/ابنتي داخل المدرسة بسبب _____	
على أن أقوم بتزويد المدرسة بنسخة من سجل التطعيم المحدث بشكل منتظم.	
اسم ولي الأمر:	_____
التوقيع:	_____
التاريخ:	_____
رقم الهاتف:	_____

ب. إذا لم يكن لديك بطاقة التطعيم، يرجى ملء النموذج التالي.

يرجى العلم بأن ابني/ابنتي _____	قد حصل على جميع التطعيمات حتى عمر _____ بما في ذلك:
_____	_____ جرعة، والحصبة الألمانية _____ جرعة.
_____	_____ جرعة تعزيرية، والتهاب الكبد ب _____ جرعة،
_____	_____ جرعة، والحصبة الألمانية _____ جرعة.
يرجى ذكر تاريخ التطعيم/العمر لآخر مرة تم الحصول فيها على تطعيم الدفتيريا والشلل والسَل _____.	
بسبب فقدان بطاقة التطعيم الخاصة بابني/ابنتي وعدم مقدرتنا الحصول على بديل عنه، فإنني أعطي الموافقة على إعطاء ابني التطعيمات اللازمة في المدرسة.	
اسم ولي الأمر:	_____
التوقيع:	_____
التاريخ:	_____
رقم الهاتف:	_____

رؤيتنا : تمكين طلابنا ليصبحوا طالبيين للمعرفة مدى الحياة ومواطنين عالميين وقادة مبدعين ملمّين بمهارات القرن الحادي والعشرين.

Our Vision: To enable our students become lifelong learners, global citizens, and successful 21st century innovative leaders.

Tel: 04-2610033, Fax: 04- 2610330, P.O.B:56988, Dubai – U.A.E. , Email : info@nwps.ae , www.nwps.ae

ج. إذا كنت ترغب بتطعيم أبنائك داخل المدرسة، يرجى ملء النموذج وتقديم بطاقة التطعيم الأصلية.

نعلمكم بأن قبول أو رفض التطعيم الزامي للجميع حسب متطلبات هيئة الصحة بدبي. كما نتطلع لتعاونكم معنا لتقديم أفضل الخدمات الصحية للطلاب.

لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة قسم العيادة المدرسية على هاتف رقم 04/2610033 تحويلة رقم 110.

الدكتورة مديحة حماد.

مسؤولة العيادة

مدرسة العالم الجديد الخاصة



CONSENT FOR IMMUNIZATION

موافقة على إجراء التطعيمات

Child Name: \_\_\_\_\_ اسم الطفل: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
School Name: **NEW WORLD PRIVATE SCHOOL** اسم المدرسة: العالم الجديد الخاصة  
Class/Grade: \_\_\_\_\_ الصف/ الشعبة: \_\_\_\_\_

Please Tick (√)

- I give the consent for the immunization of my child  أصرح بأن تعطي التطعيمات اللازمة لابني/لابنتي  
 I don't agree for immunization of my child  لا أوافق على إعطاء التطعيمات لابني / لابنتي

Name & Signature: \_\_\_\_\_ الإسم والتوقيع: \_\_\_\_\_  
Parents/ Guardian الأهل/ الوصي

P.O. Box: \_\_\_\_\_ رقم صندوق البريد: \_\_\_\_\_  
Telephone Number: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

Dear Parents

Please provide the following information to update your child school health record and send his/her **ORIGINAL IMMUNIZATION CARD**

حضرة الأهل الكرام  
يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية لتحديث السجل الصحي الخاص بابتكم/ابنتكم وإرسال سجل التحصينات الأصلي

Child History of illness:

سجل الأمراض ما قبل الدخول إلى المدرسة:

Please tick (√) appropriately, if yes, Specify Month/Year of illness

إذا كان الجواب (نعم) يرجى تحديد تاريخ حدوث الإصابة

Infectious Disease الأمراض المعدية	YES نعم	NO لا	Non-Infectious Disease الأمراض الغير معدية	YES نعم	NO لا
Diphtheria الخناق			Accidents الحوادث		
Dysentery الدفتريا			Allergies الحساسية		
Infective Hepatitis التهاب الكبد الوبائي			Bronchial Asthma الربو		
Measles الحصبة			Congenital Heart Disease تشوهات القلب		
Mumps النكاف			Diabetes Mellitus السكري		
Poliomyelitis شلل الأطفال			Epilepsy الصرع		
Rubella الحصبة الألمانية			G6PD (Glucose6-Phosphate Dehydrogenase deficiency) تكسر كريات الدم		
Scarlet Fever الحمى القرمزية			Rheumatic Fever الحمى الروماتيزية		
Tuberculosis السل			Surgical Operation عمليات جراحية		
Whooping Cough السعال الديكي			Thalassemia الثلاسيميا		
Chicken Pox الجدري					

If yes, write the year of illness

إذا كان الجواب نعم، أكتب سنة المرض

History of:

تاريخ:

Blood Transfusion/ نقل الدم No Yes, Frequency/عدد المرات: \_\_\_\_\_ Date/التاريخ: \_\_\_\_\_

Hospitalization/ الدخول للمستشفى No Yes, Reason/السبب: \_\_\_\_\_ Date/التاريخ: \_\_\_\_\_

Family History:

تاريخ العائلة المرضي

\_\_\_Diabetes/السكري\_\_\_Hypertension/ارتفاع ضغط الدم\_\_\_Mental Disorder/اضطراب عقلي\_\_\_Stroke/السكتة الدماغية\_\_\_Tuberculosis/السل

Other أخرى , Specify حدّد \_\_\_\_\_

Licensed School Nurse and Signature/توقيع الممرضة: \_\_\_\_\_ Date/التاريخ: \_\_\_\_\_