



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 الخنق			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: _____