

يُرجى إكمال معلومات طفلك الصحية التالية:

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط
تاريخ الميلاد:	المدرسة:	صف الدخول
طبيب الأسرة:	الهاتف:	الهاتف:
طبيب أسنان الأسرة:	الهاتف:	الهاتف:
التأمين الصحي		

يُرجى ذكر الأدوية التي يتناولها طفلك حاليًا:

يلزم أن يحضر شخص بالغ جميع الأدوية في عبواتها الأصلية من الصيدلية إلى مكتب الصحة. يحظر على الطلاب إحضار أي أدوية موصوفة أو أدوية بدون وصفة طبية في الحافلة أو في المدارس (باستثناء أقلام الإبينفرين، وأجهزة الاستنشاق، والإنسولين)

يُرجى تحديد كل ما ينطبق على طفلك:

- اضطراب نقص الانتباه اضطراب القلق الربو ارتجاج المخ الاكتئاب
 مع فرط النشاط طيف التوحد مرض في القلب مرض في الكلى الصداع النصفي نوبات صرع
 السكري

أمراض جسدية / نفسية أخرى:

حالات حساسية (يُرجى تحديدها):

الخطة التعليمية الفردية / خطة أصحاب الهمم (504) / الخطة الأخرى الحالية:

- أجهزة مساعدة على السمع؟ يسار يمين نظارات عدسات لاصقة

ضعيف البصر (يُرجى التحديد):

أمنح إذنًا لإعطاء (يُرجى التحديد):

- بندريل نقاط للسعال إيبوبروفين تامس تايلينول يوديد البوتاسيوم (للاستخدام في حالات الطوارئ النووية)

يُرجى التوقيع أدناه لمنح الإذن لممرضة المدرسة للقيام بهذا.

أمنح الإذن لممرضة المدرسة بمشاركة معلومات ذات صلة بحالة طفلي الصحية مع الموظفين المعيّنين بالمدرسة وقت الحاجة، وبما يُحقّق متطلبات طفلي المتعلقة بالصحة والسلامة، وتبادل المعلومات مع طبيب الرعاية الصحية الأولية لطفلي لأغراض الإحالة، والتشخيص، والعلاج.

توقيع ولي الأمر / الوصي _____ التاريخ _____