

Westborough Public Schools

البيانات الصحية الخاصة بالطالب
الصفوف 4 - 6

STUDENT HEALTH INFORMATION

Grades 4 - 6

يرجى إكمال البيانات بدقة حيث سيتم إرفاقها مع طفلك إلى المستشفى في حالة احتياج معالجة طارئة، مع إعادتها في أقرب وقت ممكن.
Please complete accurately as this will accompany your child to the hospital if emergency treatment is needed, and return as soon as possible.

الطالب	اسم الطالب	تاريخ الميلاد	النوع	الصف
Student's name	Date of Birth	Sex	Grade	
العنوان	هاتف المنزل			
Address	Home Phone			
اسم ولي الأمر / الوصي	اسم ولي الأمر / الوصي			
Parent/Guardian Name	Parent/Guardian Name			
رب العمل	رب العمل			
Employer	Employer			
هاتف العمل	هاتف العمل			
Work Phone	Work Phone			
الهاتف الخليوي	الهاتف الخليوي			
Cell Phone	Cell Phone			
يعيش الطفل مع	اللغة (اللغات) المتحدث بها في المنزل			
Child lives with	Language(s) spoken at home			
الأقارب / الأعمار				
Siblings/ages				

جهات التواصل في حالات الطوارئ (الأشخاص الكبار المحليين الذين سيقدمون الرعاية لطفلك في حالة عدم القدرة على التواصل معك)

Emergency Contacts (Local adults who will care for your child if you cannot be reached)

الاسم _____ الهاتف المفضل أثناء النهار _____

Name _____ Daytime phone _____

الهاتف المفعل أثناء النهار الاسم

Name _____ Daytime phone _____

مقدمي الرعاية الصحية

Health Care Providers

_____ هاتف _____ الطبيب/ NP ممرض ممارس/ PA طبيب مساعد

Doctor/NP/PA _____ Phone _____

_____ هاتف _____ طبيب الأسنان

Dentist _____ Phone _____

_____ سند التأمين شركة التأمين الصحي

Health Insurance Co. _____ Policy # _____

إذا لم يكن لديكم تأميناً صحياً، يرجى التواصل مع تلميذ المدرسة للمزيد من المعلومات حول برامج ولاية ماساتشوستس.

If you do not have health insurance, please contact the school nurse for information about Massachusetts programs.

المشاكل الصحية (مثل الربو، داء السكري، أمراض القلب، التشنجات، الصداع النصفي، - يرجى إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر)

Health Problems (such as asthma, diabetes, heart conditions, seizures, migraines, - please attach additional pages if needed)

_____ أنواع الحساسية: ☐ الطعام ☐ الحشرات ☐ أدوية علاجية ☐ أخرى:

Allergies: ☐ Food ☐ Insects ☐ Medication ☐ Other: _____

يرجى تحديد المصدر/ العلاج:

Please specify source/treatment: _____

Limitations in physical activity (PE, recess, team sports)

صفحة 2

Page 2

اسم الطالب

Student Name

الأدوية العلاجية التي يتناولها طفلك (الجرعة/الوقت)

Medication that your child takes (dose/time)

إذا كان طفلك في حاجة إلى دواء معالج أو أي علاج خاص أثناء تواجده في المدرسة، يرجى التواصل مع تلميذ المدرسة. يتطلب الأمر أمر موقع من ممارس مرخص ومعتمد مع إذن من ولي الأمر بالنسبة لأي دواء علاجي أو علاج يتم تقديمه في المدرسة.

If your child requires medicine or any special treatment while at school, please contact the school nurse. A signed order from a licensed prescriber and parental permission are required for ANY medicine or treatment given in school.

• إنني أعطي الإذن للتلميذ بتقديم معالجات المساعدة الأولية البسيطة والتي قد تتضمن وضع مرهم مضاد حيوي أو منتجات الرعاية بالبشرة مثل غسول خفيف، مستحضر كريمي لليدين، أو مستحضر كريمي به caladryl، aloe صبار، أو lidocaine ليدوكاين.

- I give permission for the nurse to provide minor first aid treatment which may include the application of antibiotic ointment or skin care products such as a mild cleanser, hand lotion, or lotion with caladryl, aloe, or lidocaine.

• إنني أعطي الإذن للتلميذ بمشاركة المعلومات ذات الصلة مع الموظف المناسب بالمدرسة من أجل تلبية احتياجات الصحة والسلامة لطفلي.

- I give permission for the nurse to share relevant information with appropriate school personnel to meet the health and safety needs of my child.

• في حالة وقوع حادث أو مرض خطير، فإنني أطلب من تلميذ المدرسة الاتصال بي. إذا لم يتمكنوا من التواصل معي أو مع أحد ممن ينوبون عني، فإنني أعطي الصلاحية للمدرسة بالتواصل مع مقدم الرعاية الخاص بطفلي. إذا لزم الأمر، ستقوم المدرسة بالاتصال بـ 911 وإرسال طفلي بصحبة فرد بالغ من المدرسة إلى المستشفى لتلقي العلاج الطارئ. لا تتحمل المدرسة أي مسؤولية عن أية تكاليف طبية.

- In case of accident or serious illness, I request that the school nurse contact me. If unable to reach me or one of my designees, I authorize the school to contact my child's medical provider. If needed, the school will call 911 and send my child with an adult from school to the hospital for emergency treatment. The school has no liability for medical costs.

التاريخ

توقيع ولي الأمر / الوصي

Parent/Guardian signature

Date

تمت المراجعة سبتمبر 2016