

Important and urgent

مهم و عاجل

Dear Parents,

Parents are requested to fill this form for the health department, you must fill it ,sign it, and scan it to send before Saturday -22-August 2020 to the mentioned E-mail.

If you have more than one child, you must fill a separate form for each child.

The form must be sent to the school nurse. Make sure to mention students name and grade in the e mail.

This form is part of students registration requirements for next academic year 2020-2021.

This form is required for all parents who choose to send their children to the school.

Please keep the physical copy to send with your child on the first day of school.

Please send the letters to this e-mail : dareen.nurse@ijps.ae

أولياء الأمور الأعزاء

مرسل لكم نموذج من هيئة الصحة فيما يخص الحالة الصحية لطفلكم ليتم تعبئته من طرفكم، هذا النموذج يجب ملؤه و إرساله للبريد الالكتروني المذكور في حد اقصى يوم السبت 22-8-2020 ، يجب تعبئة نموذج واحد لكل طفل.

بعد تعبئة النموذج يتم ارساله بالبريد الالكتروني موقعا من طرفكم مع ذكر اسم الطلاب و الصفوف الدراسية في البريد الالكتروني ، وهو مهم لاستكمال إجراءات التسجيل للعام 2021-2020.

هذا النموذج مطلوب لمن اختار ارسال طفله للمدرسة عن طريق التعلم المباشر فقط.

يجب إرسال النسخة الأصلية الموقعة مع طفلكم في أول يوم دراسي.

البريد الالكتروني :

dareen.nurse@ijps.ae

Health Declaration Form
(Please complete one form per child)

School's name: _____

Child's name: _____

Grade/Year: _____

Please answer the following questions by ticking the appropriate box (No or Yes):

Does your child suffer from any chronic illnesses?

Diabetes Mellitus No Yes

Hypertension No Yes

Chronic respiratory diseases such as Asthma No Yes

Cardiac disease No Yes

Kidney disease No Yes

Liver disease No Yes

Autoimmune disease No Yes

Haematological disorders No Yes

Is your child on any immunosuppressant medication? No Yes

Other (if your son/daughter suffers from any other chronic diseases, please specify)

No Yes

Has anyone in your household been diagnosed with COVID-19?

If yes when: _____ No Yes

Has your child, in the past 14 days, come in close contact with someone diagnosed with COVID-19?

No Yes

Has your child had any fever or respiratory symptoms "coughing, sneezing, loss of the sense of smell or taste, trouble breathing, headache, sore throat, runny or stuffy nose" in the past 3 days?

No Yes

Has anyone in your household travelled to any other country in the past 21 days?

No Yes

If yes please specify _____

Please provide any additional health related information you wish to share with the school's nurse:

I, the undersigned, Mr./Mrs. _____, parent or legal guardian of _____ hereby confirm that the information that I have provided in this declaration form is correct and complete.

I undertake not to send my child to school if he develops any COVID-19 symptoms.

In case any of the above information is found to be false, untrue, misleading, or misrepresenting, I am aware that I may be held liable.

If any of the above information about my child or household changes, I will immediately notify the school nurse.

Name:

Emirates I.D. Number:

Signature:

Date:

If your child suffers from any chronic illnesses, please attach a medical report.

نموذج إقرار صحي
(يرجى ملء استمارة واحدة لكل طفل)

اسم المدرسة:

اسم الطفل:

الصف / السنة:

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية بنعم أو لا:

- هل يعاني طفلك من أي أمراض مزمنة؟
- السكري لا نعم
 - ارتفاع ضغط الدم لا نعم
 - الأمراض التنفسية المزمنة كالربو لا نعم
 - أمراض القلب لا نعم
 - أمراض الكلى لا نعم
 - أمراض الكبد لا نعم
 - أمراض نقص المناعة لا نعم
 - أمراض الدم / الاضطرابات التي تصيب خلايا الدم لا نعم
 - أمراض المناعة الذاتية، والأدوية المثبطة لجهاز المناعة لا نعم
 - مرض آخر (يرجى التحديد في حال كان يعاني ابنك/ابنتك من أي مرض مزمن آخر) لا نعم

هل تم تشخيص إصابة أي فرد من أفراد عائلتك بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)؟ لا نعم

إذا كان الجواب نعم، متى كان ذلك؟

هل كان طفلك مخالطاً بشكل مباشر لشخص تم تشخيصه كمصاب بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) خلال الـ 14 يوماً الماضية؟ لا نعم

هل عانى طفلك من أي حمى أو أية أعراض تنفسية من "سعال، عطاس، فقدان حاسة الشم أو التذوق، صعوبة في التنفس، صداع، التهاب في الحلق، سيلان أو انسداد في الأنف" في الأيام الثلاثة الماضية؟ لا نعم

هل سافر أي من أفراد عائلتك إلى أي بلد آخر خلال الـ 21 يوماً الماضية؟ لا نعم

إذا كان الجواب نعم، يرجى التوضيح

يرجى تقديم أي معلومات إضافية متعلقة بالصحة ترغب في مشاركتها مع ممرضة المدرسة:

أنا الموقع أدناه السيد/السيدة _____
أحد والدي / الوصي القانوني على الطفل _____ أؤكد أن
المعلومات التي أدليت بها في نموذج الإقرار هذا صحيحة وكاملة. **واتعهد بعدم ارسال طفلي
الى المدرسة في حال ظهور اي من اعراض COVID-19 عليه.**
وأنا على دراية بأنني قد أتحمل المسؤولية في حالة اكتشاف أن أيًا من المعلومات المذكورة أعلاه
خاطئة أو غير صحيحة أو مضللة أو محرفة.

في حال طرأ أي تغيير على المعلومات المذكورة أعلاه حول طفلي أو عائلتي، فسأخبر ممرضة
المدرسة على الفور.

رقم الهوية الإماراتية:

الاسم:

التاريخ:

التوقيع:

إذا كان طفلك يعاني من أية أمراض مزمنة، يرجى إرفاق تقرير طبي.