

HEALTH DECLARATION FORM

(Please complete one form per child)

Nursery's name: _____

Child's name: _____

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 Nursery'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. 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 Nursery 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؟

- | | | |
|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | لا | • السكري |
| <input type="checkbox"/> | لا | • ارتفاع ضغط الدم |
| <input type="checkbox"/> | لا | • الأمراض التنفسية المزمنة كالربو |
| <input type="checkbox"/> | لا | • أمراض القلب |
| <input type="checkbox"/> | لا | • أمراض الكلى |
| <input type="checkbox"/> | لا | • أمراض الكبد |
| <input type="checkbox"/> | لا | • أمراض نقص المناعة |
| <input type="checkbox"/> | لا | • أمراض الدم / الاضطرابات التي تصيب خلايا الدم |
| <input type="checkbox"/> | لا | • أمراض المناعة الذاتية، والأدوية المثبطة لجهاز المناعة |
| <input type="checkbox"/> | لا | • مرض آخر (يرجى التحديد في حال كان يعاني ابنك/ابنتك من أي مرض مزمن آخر) |

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. 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.



AL AIN JUNIORS
NURSERY



Follows the EYFS Curriculum
The Early Years Foundation Stage

P.O.Box 80718, Al Ain, UAE

Tel: + 9713 766 0092

Email: info@alainjuniors.com **Web:** www.alainjuniors.com