

## معلومات صحية

أسم الطالب:	اللقب	الاسم الأول	الأسم الوسط	التاريخ:
تاريخ الميلاد:		الجنس:		
		<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		
الوالدين أو الوصي الشرعي:				
العنوان: رقم الشارع	المدينة	الولاية	الرقم البريدي	
<b>الوالدين أو الوصي الشرعي:</b>				
<p>▪ من فضلك إستشر بطبيبك أو طبيب الاسنان للأهتمام بالبنود التالية :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>▪ بعد إجراء الفحوصات ، وتسجيل النتائج، و التوصيات في أسفل هذه الإستمارة، نرجو منك إعادة الاستمارة الكاملة إلى المدرسة.</p> <p>المدير أو مندوبه _____ المدرسة _____</p>				
<b>الخدمات الصحية</b>				
<b>الفاحص المختص</b>				
<p>▪ الرجاء أن تسجل التشخيص / العلاج / التوصيات.</p> <p>▪ أعد الإستمارة الكاملة إلى الوالدين أو الوصي الشرعي لإعادتها إلى المدرسة .</p> <p>التشخيصات : _____</p> <p>العلاج: _____</p> <p>أشر على واحدة رجاءاً : <input type="checkbox"/> ينتقل بالعدوى <input type="checkbox"/> لا ينتقل بالعدوى</p> <p>يمكنه العودة إلى المدرسة ( التاريخ ) _____</p>				
الفاحص المختص:		شهادة المختص:		
التوقيع:		التاريخ:		