



**المعلومات الصحية / HEALTH INFORMATION**

اسم الطبيب/العيادة: \_\_\_\_\_  
 رقم الهاتف \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Telephone

Name of Physician/Clinic:

**Health Alert / تنبيهات صحية**

هل يعاني الطفل من أي حالة صحية قد تؤثر على مشاركته في أنشطة بدنية؟ نعم / Yes \_\_\_ لا / No \_\_\_  
 Does child have any health condition that may affect participation in physical activities?

حالات القصور \_\_\_\_\_  
 Limitations  
 (مثل صعود الدرج، المشاركة في الصالة الرياضية)  
 (e.g., stair climbing, participation in gym)

Allergies / الحساسيات

خدمات بموجب أحكام الفقرة 504 في السنة الحالية؟ نعم / Yes \_\_\_ لا / No \_\_\_ في السنة الماضية؟ نعم / Yes \_\_\_ لا / No \_\_\_

Previous Year?

504 services for the current year?

ليس لديه أي تأمين صحي \_\_\_\_\_ مديفيد \_\_\_\_\_ تأمين صحي خاص \_\_\_\_\_  
 No health insurance Medicaid Private health insurance  
 لدى طفلي (ضع علامة X على كل ما ينطبق) My child has (X any that apply)

في حال اختيار "ليس لديه أي تأمين صحي"، هل أنت مستعد للكشف عن معلومات الاتصال الخاصة بك في هذه البطاقة للتعرف على خيارات للتأمين؟ نعم / Yes \_\_\_ لا / No \_\_\_  
 If "No Health Insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options?

في حال تعذر الاتصال بأي من المذكورين، ماذا تريد من المدرسة أن تفعل في حال مرض طفلك أو إصابته؟  
 If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

ليكن معلوماً أنه في الحسم النهائي في حالة الطوارئ سيبقى الحكم لسلطات المدرسة.

سوف تكون توصيات الوالد(ة) المبينة أعلاه محل احترام قدر الإمكان.

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible.

المدرسة التي يحضرها / School of Attendance

الاسم الأول / First Name

الإخوة / Siblings: اسم العائلة / Last Name

\_\_\_\_\_

**FOR SCHOOL USE / لإستخدام المدرسة**

List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record \_\_\_\_\_

| Date | Contact | Reason | Disposition |
|------|---------|--------|-------------|
| / /  | _____   | _____  | _____       |
| / /  | _____   | _____  | _____       |
| / /  | _____   | _____  | _____       |

252290054 08/30/07

New York City Department of Education T&amp;I 2359 (Arabic)