



STUDENT HEALTH INFORMATION FORM

This form is for Preschool, Pre-k, and Kindergarten students

General Information

Student's full name		Grade/ Section	
اسم الطالب		الصّف \ الشّعبة	
Place of birth		Date of birth	
مكان الميلاد		تاريخ الميلاد (ميلادي)	
Father's full name		Mobile #	
اسم الأب		رقم الجوال	
Secondary contact		Mobile #	
الرّقم البديل		رقم الجوال	
Detailed Address		Home #	
العنوان المفصّل		رقم المنزل	

Physical Status

Case	Yes	No	Case	Yes	No	Case	Yes	No
Hearing Impairment			Weak Eyesight			Diabetes		
ضعف في السّمع			ضعف في النظر			سكّري		
Anemia			Hereditary Blood Disease			Hypertension		
فقر الدّم			أمراض الدّم الوراثية			ارتفاع ضغط الدّم		
Frequent Urination			Epileptic Seizures			Asthma		
تبوّل متكرّر			نوبات الصّرع			الرّبو		
Allergies (if any)								
حساسيه								
Other (Please mention)								
الحالات الغير مذكورة في الجدول								

Parent's signature

--