



STUDENT HEALTH INFORMATION FORM

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

General Information

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

Physical Status

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

Parent's signature

--