



The International School
of Choueifat - Choueifat

*Medical
Emergency
Authorization*

I the parent / guardian of the student _____ of grade _____
(give/do not give) permission for my child to be taken to the hospital if emergency treatment is
required.

Name (Printed): _____

Signature: _____

Date: _____

تفويض طبي
للحالات
الطارئة

أنا الموقع أدناه ولي أمر الطالب / الطالبة _____ (أوافق/ لا أوافق) على
إرسال ابني/ ابنتي في الصف _____ إلى المستشفى إذا حصل طارئ له/ لها لا سمح الله.

الاسم: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____