



Grade: \_\_\_\_\_

D.o.B.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
(First Name) (Father's Name) (Grandfather's Name) (Family Name)

In order to keep an up-to-date medical record on your child, it would be very much appreciated if you would answer the following questions.

1. Does your child suffer from any of the following conditions?

Medical Condition / مرض	Yes	No	Does any other member of the family?
Asthma / الربو الصدرى			
Diabetes / السكرى			
Epilepsy / داء الصرع			
Hay Fever / (الحساسية) الحمى الربيعية			
Tuberculosis / السل			
Eczema / الحكة			
Allergies / الحساسية للأدوية أو غيرها			
If yes, to what allergies? e.g. Drugs, Food, ...etc.			

If your child does suffer one of the above conditions, or any other, would you please list what kind of medication he/she requires.

2. Has your child had any of the following inoculations? If yes, please fill in day/month/year.

Vaccine	1 <sup>st</sup> Dose Date	2 <sup>nd</sup> Dose Date	3 <sup>rd</sup> Dose Date	4 <sup>th</sup> Dose Date	Booster 1 Date	Booster 2 Date	Booster 3 Date
المطعم	تاريخ الجرعة الأولى	تاريخ الجرعة الثانية	تاريخ الجرعة الثالثة	تاريخ الجرعة الرابعة	تاريخ المعمة الأولى	تاريخ المعمة الثانية	تاريخ المعمة الثالثة
Polio/ شلل الأطفال							
DPT/ ثلاثى أو ثنائى							
Measles/ الحصبة							
BCG/ "السل" الدرني							
Hepatitis B/ التهاب الكبد الوبائى "ب"							
Others/ مطاعيم أخرى							