

## Health Declaration Form

(Please complete one form per child)



AL SHOHUB PRIVATE SCHOOL  
مدرسة الشهب الخاصة  
SINCE 1999

School's name: \_\_\_\_\_

Child's name: \_\_\_\_\_

Grade/Year: \_\_\_\_\_

**Please answer the following questions by ticking the appropriate box (No or Yes):**

### Does your child suffer from any chronic illnesses?

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Diabetes Mellitus   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Hypertension  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Chronic respiratory diseases such as Asthma   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Cardiac disease   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Kidney disease  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Liver disease   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Autoimmune disease  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Haematological disorders  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| Is your child on any immunosuppressant medication?  | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| <i>Other (if your son/daughter suffers from any other chronic diseases, please specify)</i> |                             |                              |
|   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Has anyone in your household been diagnosed with COVID-19?

If yes when: \_\_\_\_\_  No  Yes

### Has your child, in the past 14 days, come in close contact with someone diagnosed with COVID-19?

No  Yes

Has your child had any fever or respiratory symptoms "coughing, sneezing, loss of the sense of smell or taste, trouble breathing, headache, sore throat, runny or stuffy nose" in the past 3 days?

No  Yes

### Has anyone in your household travelled to any other country in the past 21 days?

No  Yes

If yes please specify \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Please provide any additional health related information you wish to share with the school's nurse:**

---

---

I, the undersigned, Mr./Mrs. \_\_\_\_\_, parent or legal guardian of \_\_\_\_\_ hereby confirm that the information that I have provided in this declaration form is correct and complete. In case any of the above information is found to be false, untrue, misleading, or misrepresenting, I am aware that I may be held liable.

If any of the above information about my child or household changes, I will immediately notify the school nurse.

Name:

Emirates I.D. Number:

---

---

Signature:

Date:

---

---

**If your child suffers from any chronic illnesses, please attach a medical report.**

نموذج إقرار صحي  
(يرجى ملء استمارة واحدة لكل طفل)

اسم المدرسة: \_\_\_\_\_  
اسم الطفل: \_\_\_\_\_  
الصف / السنة: \_\_\_\_\_

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية بنعم أو لا:

- هل يعاني طفلك من أي أمراض مزمنة؟
- السكري  لا  نعم
  - ارتفاع ضغط الدم  لا  نعم
  - الأمراض التنفسية المزمنة كالربو  لا  نعم
  - أمراض القلب  لا  نعم
  - أمراض الكلى  لا  نعم
  - أمراض الكبد  لا  نعم
  - أمراض نقص المناعة  لا  نعم
  - أمراض الدم / الاضطرابات التي تصيب خلايا الدم  لا  نعم
  - أمراض المناعة الذاتية، والأدوية المثبطة لجهاز المناعة  لا  نعم
  - مرض آخر (يرجى التحديد في حال كان يعاني ابنك/ابنتك من أي مرض مزمن آخر)  لا  نعم

هل تم تشخيص إصابة أي فرد من أفراد عائلتك بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)؟  لا  نعم

إذا كان الجواب نعم، متى كان ذلك؟

هل كان طفلك مخالطًا بشكل مباشر لشخص تم تشخيصه كمصاب بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) خلال الـ 14 يومًا الماضية؟

- لا  نعم
- هل عانى طفلك من أي حمى أو أية أعراض تنفسية من "سعال، عطاس، فقدان حاسة الشم أو التذوق، صعوبة في التنفس، صداع، التهاب في الحلق، سيلان أو انسداد في الأنف" في الأيام الثلاثة الماضية؟  لا  نعم
- هل سافر أي من أفراد عائلتك إلى أي بلد آخر خلال الـ 21 يومًا الماضية؟  لا  نعم
- إذا كان الجواب نعم، يرجى التوضيح

يرجى تقديم أي معلومات إضافية متعلقة بالصحة ترغب في مشاركتها مع ممرضة المدرسة:

أنا الموقع أدناه السيد/السيدة \_\_\_\_\_ ، أحد والدي / الوصي  
القانوني على الطفل \_\_\_\_\_ أؤكد أن المعلومات التي أدليت بها في نموذج  
الإقرار هذا صحيحة وكاملة. وأنا على دراية بأنني قد أتحمل المسؤولية في حالة اكتشاف أن أيًا من المعلومات المذكورة أعلاه  
خاطئة أو غير صحيحة أو مضللة أو محرفة.

في حال طرأ أي تغيير على المعلومات المذكورة أعلاه حول طفلي أو عائلتي، فسأخبر ممرضة المدرسة على الفور.

رقم الهوية الإماراتية:

الاسم:

التاريخ:

التوقيع:

إذا كان طفلك يعاني من أية أمراض مزمنة، يرجى إرفاق تقرير طبي.