



حضانة السلام ثنائية اللغة

بطاقة صحية لأطفال دور الحضانة:

إسم الطفل: _____ الجنس (ذكر - أنثى) _____ تاريخ الميلاد / / ٢٠ _____
الجنسية: _____ هاتف المنزل: _____
العنوان: _____
عدد الأخوة: _____ ترتيب الطفل: _____
اسم الوالد: _____ المهنة: _____ هاتف / موبايل: _____
اسم الوالدة: _____ المهنة: _____ هاتف / موبايل: _____
البريد الإلكتروني: _____ مجموعة: _____

لتحقيق ما هو أفضل لطفلنا الرجاء إبراز النقاط التالية:

- ١ - هل تتناوب حالات التشنج الحراري في حالة إرتفاع درجة الحرارة؟ نعم _____ لا _____
٢ - هل يعاني طفلك من أي نوع من أنواع الحساسية؟ نعم _____ لا _____
٣ - الرجاء تحديد نوع الحساسية إن وجدت؟ _____
٤ - هل يوجد طفل أصغر منه في المنزل؟ نعم _____ لا _____

للحالات الطارئة يرجى تسجيل هاتف أقرب أفراد الأسرة:

إسم الشخص: _____ رقم الهاتف: _____
إسم الشخص: _____ رقم الهاتف: _____

توقيع ولي الأمر

توقيع الطبيب وختمه



Al-Salam Bilingual Nursery

Application

Name:..... (female -Male) Date of Birth / / 20

Nationality : Home Number :

Address :

Brothers No.: Sisters :

father Name: Job : Mob / Tel:

Mother Name: Job : Mob / Tel:

Group: E-mail :

Highlight the following points:

1-Does your child have any heat cramping? Yes No

2-Does your child have any allergies? Yes No

3- Please write the type of allergies?

4-Is there a younger child at home? Yes No

In emergency case we call :

Name: No.:

Name: No.:

Signature

.....

Dr. Signature

.....