



THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

Student Emergency/Medical Information / ةلاح بلاطلل ئراوطلا / ةبطلا تامولعملا

ريخلأا مسلا / Last Name: _____ لولأا مسلا / First Name: _____

دلايملا خيرأت / DOB: _____

تسر دملا / School: _____ مسقلا / مفرغ لا / Room/Sec: _____

فصلا / Grade: _____

لزنملا ناويع / Home Address: _____ لزنملا فتاه / Home phone: _____

ملا / Mother: _____ نورتكللا ديربلا / email: _____ فتاهلا /

phone: _____

ب لا / Father: _____ نورتكللا ديربلا / email: _____ فتاهلا / phone: _____

بصو لا / Guardian: _____ نورتكللا ديربلا / email: _____ فتاهلا /

phone: _____

Emergency contacts (other than parents) must be local and available for contact:

فتاهلا / Name and Relationship to child / لفظل اب فقلا علاو مسلا / Phone

1. _____

2. _____

بييط / Childs Doctor/Clinic: _____ فتاهلا /

Phone: _____ بييطلا نيمأتلا / Medical Insurance: MA _____ CHIP _____ صاخ / Private _____ نيمأتلا فكريش مسلا

/ Insurance company name: _____ قسايسلا مقر / Policy

Number _____

Please circle below to give permission to the school nurse to give your child medication.

(Acetaminophen (Tylenol)/لونيليات) نيفونيمائيسا

تلاحرلا يف ، يسر دملا ماودلا تاغاس للاخ ، تراطلا جذوملا اذه يف اهيا ريشت يتلا فيودلا ااطعلا فيميلعتلا ابقلا لايف تقطنم سرادم تاضرمم كلذكو ؛ تراوطلا تلاخ يف جلا علل انذا
Your signature gives permission for emergency treatment; as well as for SDP School Nurses to

administer medications you

بلفط فياعرب قلعتى اميف تجاحل ا بسج درلل يب صاخلا / indicate on this emergency form, during school hours, on field trips and after school activities.

I authorize the school nurse to communicate with my child's

health care provider and my health care provider to reply as needed regarding my child's care.

Parent/Guardian Signature _____ / رملأا بلو عيقوت / خيرأت لا

Date _____

Revised S-865 (06/2019)

Please CIRCLE the following if your child: / كلفط ناك اذا يلي ام بلع قرناد عضو بجري

Wears: / يذترى / Hearing aid / نعم نباعى / YES / لا / NO / نيفوريبويا (Ibuprofen (Advil, Motrin) / ليفدا) نيفوريبويا

ADHD / فكرحلا طرفو هابتتلا روصق قمزلاتم / Asthma / وبرلا / Diabetes / بيركسلا ضررم / Seizures / عرصلا عاد

YES / لا / NO / معن

List Allergies: Food substitution requires a new order yearly from a health care provider: _____

Other Health Problems: _____

Does your child take medication? / please list / قمناقلا لجست نا بجري (YES / معن / NO / لا / ؟ءاود نا كلفط لوانتى له

Reason / ببسلا / Time / نمز لا / Frequency / رازك تلا / Dose / ةعرجلا / Medication / ءاودلا

Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info_SHS (Arabic)

پرايتخا

مادختسا يعضوملا حسملا مهرم لا يقاو سمشلا نم قخاخبلا ريغ تسر دملا يف



THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

راتخی دق روملاً ءابلوا مهلافظاً دیوزت ءایصولاً / لا مہرمب نم یقاو لا یعضوملا حسم سمشلا و لا یذ لا حی بلع یوت ءخاخبلا اذہ ، ازاجم ناک ءرادہ لبق نم بلاطلل بنستی نتح . ءیکیرملاً ءاودلاو ءاذغلا مادختسا مہرم فارشہ ءانثاً و ، ءسردملا ہاعرت طاشن یف و ، یسردملا ماودلا تاغاس للاخ سمشلا نم قاو . بلع بجی ، ءسردملا یفظوم رملأ یلو / یصولا لامکا رارقلا ہاندأ تا

رارقا رملأ یلو / ولا
یص

- نامض نع ءلوؤسم نسیل ءسردملا نا مہفت کنا دکؤت کنہف ، ہاندأ عیقوتلاب مادختسا لا مہرم لا یقاو سمشلا نم ءطساوب . بلاطلا
- بلع رداق ہنا تبتأ دق بلاطلا نا دکؤت کنہف ، ہاندأ عیقوتلا للاخ نم مادختسا لا مہرم لا یقاو هل سمشلا نم ہسفنہ .

خیراتلا _____ : یصولا / رملأ یلو عیقوت : _____

: زوجی ءزایح دیبقت و ءاغلا ءسردملا یقاو جتنم مادختسا و یعضوم ریغ سمشلا نم ءخاخبلا یلی امم یا ءودح ءلاح یف بلاطلا لبق نم

- نیح یف بلاطلا لشفی قل لائتملا ءزایحب ءقلعتما ءسردملا دعاو یقاو جتنم مادختسا و یعضوم ریغ سمشلا نم ءخاخبلا .
- یقاو جتنم ءیامح بلع ءردقلا مدع و ءبغرلا مدع بلاطلا رھظی یعضوم ریغ سمشلا نم ءخاخبلا نیرخلاً بلاطلا لوصو نم ہیلا .

ق و ءسردملا تغلاً اذہ ءزایح تدی یقاو جتنم مادختسا و یعضوم ریغ سمشلا نم ءخاخبلا ، بلاط لبق نم ف و ءاغلاب بطخ راعشہ میدقت ءسردملا بلع بجی . بلاطلل یصولا / رملأ یلو بلا دیبقتلا



THE SCHOOL DISTRICT OF
PHILADELPHIA

Translation and Interpretation Center (6/2019) Student Emergency/Medical Info_SHS (Arabic)