



أكاديمية بولاريس الخاصة  
POLARIS PRIVATE ACADEMY

## 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 مخالطاً بشكل مباشر لشخص تم تشخيصه كمصاب بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) خلال الـ 14 يوماً 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 يوماً 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. واتعهد بعدم ارسال طفلي الى المدرسة في حال ظهور اي من اعراض COVID-  
**19 عليه.**  
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.