

منطقة فيلادلفيا التعليمية

The School District of Philadelphia

الخدمات الصحية المدرسية School Health Services

إذن بالفحص وأخذ الاختبارات الطبية من قِبل طبيب المدرسة/ الممرضة الممارسة للمدرسة

PERMISSION FOR EXAMINATION AND TESTS BY SCHOOL PHYSICIAN/SCHOOL NURSE PRACTITIONER

التلميذ /PUPIL	الصف/GRADE	الغرفة/الكتاب/ ROOM/BOOK	المدرسة/SCHOOL
----------------	------------	-----------------------------	----------------

يتطلب قانون الولاية بأخذ الفحوصات الطبية البدنية وفحص صحة الأسنان، فضلا عن الاختبارات للكاشفة للتلاميذ الذين يذهبون إلى المدارس في ولاية بنسلفانيا، لذلك فمن المستحسن أن تأخذوا طفلكم إلى مصدر الرعاية المعتاد لديكم للحصول على هذه الخدمات. إذا لم يكن لديكم مصدراً للرعاية أو إن كنتم ترغبون بأن يُفحص ابنكم/ابنتكم من قِبل طبيب المدرسة أو الممرضة الممارسة للمدرسة فالرجاء توقيع الإذن أدناه

I give permission for the school physician/school nurse practitioner to provide the following services to my child:

- Health history /التاريخ الصحي
- Brief physical examination /فحص بدني وجيز
- Screening tests for:

___ growth /النمو
___ vision /البصر
___ color vision /البصر بالألوان
___ hearing /السمع
___ development /التطور

- teacher assessment of health and progress /تقييم المعلم للصحة والتقدم
- Health care teaching /التثقيف الصحي
- Health counseling /الاستشارات الصحية

- أود أن أكون حاضرا عند أخذ التاريخ الصحي والفحوصات البدنية نعم /Yes) لا/No
/I wish to be present for the health history and physical examination

توقيع الوالد/الوصي /Signature of Parent/Guardian

تاريخ التوقيع /Date Signed

- I will take my child to my own physician. Please send me a Private Physician Report to be completed by my doctor.

توقيع ولي الأمر/الوصي /Signature of Parent/Guardian

تاريخ التوقيع /Date Signed

لمزيد من الوثائق والمعلومات المترجمة إلى العربية، إذهب إلى الموقع على الانترنت www.philasd.org/language/arabic