

**Emergency Medical Authorization Form****نموذج ترخيص طبي للطوارئ**

Fill out this form and return it to your child's school.

إملاً هذا النموذج وأعدّه إلى مدرسة طفلك.

Student's Name / إسم الطالب : \_\_\_\_\_ ID # / الرقم الشخصي : \_\_\_\_\_

Homeroom / الهومروم : \_\_\_\_\_ Birth Date / تاريخ الميلاد : \_\_\_\_\_

School / المدرسة : \_\_\_\_\_ Grade / الصف : \_\_\_\_\_ Year / السنة : \_\_\_\_\_

Student's Address / عنوان الطالب : \_\_\_\_\_ Apt / رقم الشقة : \_\_\_\_\_

Phone / رقم الهاتف : ( ) \_\_\_\_\_ City / المدينة : \_\_\_\_\_ State / الولاية : \_\_\_\_\_ Zip / الرمز البريدي : \_\_\_\_\_

**Purpose** — To enable parents and guardians to authorize the provision of emergency treatment for children who become ill or injured while under school authority, when parents or guardians cannot be reached.**الهدف** - تمكين أولياء الأمور والأوصياء من التصريح بتوفير العلاج في حالات الطوارئ للأطفال الذين يصابون بالمرض أو المصابين أثناء خضوعهم لسلطة المدرسة ، عندما يتعذر الوصول إلى الوالدين أو الأوصياء.**Residential Parent or Guardian****ولي الامر أو الوصي المقيم**

Parent / Guardian Name - ولي الامر / الوصي : \_\_\_\_\_ Daytime Phone / رقم الهاتف خلال النهار : ( ) \_\_\_\_\_

Parent / Guardian Name - ولي الامر / الوصي : \_\_\_\_\_ Daytime Phone / رقم الهاتف خلال النهار : ( ) \_\_\_\_\_

Other's Name / أسماء أخرى : \_\_\_\_\_ Daytime Phone / رقم الهاتف خلال النهار : ( ) \_\_\_\_\_

Name of Relative or Child-care Provider / اسم مزود الرعاية النسبية أو رعاية الطفل : \_\_\_\_\_

Relationship / العلاقة : \_\_\_\_\_ Daytime Phone / رقم الهاتف خلال النهار : ( ) \_\_\_\_\_

Address / العنوان : \_\_\_\_\_ Zip / الرمز البريدي : \_\_\_\_\_

**PART I or PART II MUST BE COMPLETED****يجب إكمال الجزء الأول أو الجزء الثاني****PART I: TO GRANT CONSENT I hereby give consent** for following medical-care providers and local hospital to be called:**الجزء الأول: لتقديم الموافقة أو أوافق على موافقة مقدمي خدمات الرعاية الطبية والمستشفيات المحلية التالية:**

Physician/ الطبيب العام : \_\_\_\_\_ Phone / رقم الهاتف : ( ) \_\_\_\_\_

Dentist/ طبيب أسنان : \_\_\_\_\_ Phone / رقم الهاتف : ( ) \_\_\_\_\_

Medical Specialist / طبيب أخصائي : \_\_\_\_\_ Phone / رقم الهاتف : ( ) \_\_\_\_\_

Local Hospital / المستشفى المحلي : \_\_\_\_\_

Emergency Room Phone / رقم هاتف غرفة الطوارئ : ( ) \_\_\_\_\_

In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for (1) the administration of any treatment deemed necessary by above-named doctors, or, in the event the designated preferred practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and (2) the transfer of my child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

في حال لم تنجح المحاولات المعقولة للاتصال بي ، فأنا أوافق بموجبه على (1) متابعة تقديم أي علاج يراه ضروريًا الأطباء الذكورين أعلاه ، أو في حالة عدم توفر الدكتور المحدد ، من قبل طبيب أو طبيب أسنان مرخص آخر. و (2) نقل طفلي إلى أي مستشفى يمكن الوصول إليه بشكل معقول. لا يغطي هذا التفويض عملية جراحية كبرى ما لم يتم الحصول على الآراء الطبية لطبيبين أو أطباء أسنان مرخصين ، متفقين على ضرورة إجراء هذه الجراحة ، قبل اتمامها.

**Facts concerning my child's medical history, including allergies, medications being taken, and any physical impairment to which a physician should be alerted:**

معلومات تتعلق بالتاريخ الطبي لطفلي ، بما في ذلك الحساسية ، والأدوية التي يتم تناولها ، وأي إعاقة جسدية يجب تنبيه الطبيب إليها:

\_\_\_\_\_

Date/ التاريخ: \_\_\_\_\_ Signature of Parent/Guardian توقيع ولي الامر أو الوصي \_\_\_\_\_  
Address/ العنوان: \_\_\_\_\_ Zip/ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

**PART II: REFUSAL TO GRANT CONSENT** I do **NOT** give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school to take the following action:

الجزء الثاني: رفض القبول على نص الموافقة أنا لا أوافق على العلاج الطبي الطارئ لطفلي. في حالة المرض أو الإصابة التي تتطلب علاجًا طارئًا ، أتمنى أن تتخذ المدرسة الإجراء التالي:

\_\_\_\_\_

Date / التاريخ: \_\_\_\_\_ Signature of Parent/Guardian توقيع ولي الامر أو الوصي \_\_\_\_\_

Address / العنوان: \_\_\_\_\_

Zip / الرمز البريدي: \_\_\_\_\_