

Medical-in-confidence

**Child Health Surveillance Programme – School  
School Entry Questionnaire**

Name:..... DoB/CHI No: ..... Gender: .....

Address: ..... School .....  
..... GP .....  
.....

Post Code: .....

Class: ..... Class Year: .....

Please check the information above and enter amendments below if appropriate:	If your address has changed, please also inform your GP
Change of name .....	Change of GP Practice .....
Change of address .....	Change of GP Practice Address .....
.....	Change of School .....

Your NHS Board has made arrangements for assessing and reviewing the health of children and young people throughout their school years in accordance with the NHS (Scotland) Act 1978 and the Education (Scotland) Act 1980. This is done to ensure all children and young people are provided with the necessary support to help towards achieving their full potential.

Health reviews, will take place as necessary involving a parent questionnaire, a check of health records and if required screening of height, weight and vision.

**It is important that you return this questionnaire to the school as soon as possible. If you do not return this form we will assume consent within the surveillance programme.**

Please contact the School Health Service if you wish more information –  
Tel .....

**Please Turn Over**

برنامج مراقبة صحة الطفل-المدرسة  
أستمارة الدخول المدرسي

الإسم ..... تاريخ الإزدياد\ رقم CHI ..... الجنس.....  
العنوان..... المدرسة.....  
الطبيب.....  
الرمز البريدي.....  
الفصل..... السنة الدراسية.....

المرجو الإطلاع على المعلومات أعلاه ثم إدخال التعديلات المناسبة أسفله	إذا غيرت عنوانك، المرجو إخبار طبيبك بالتعديلات التالية:
تغيير الإسم.....	تغيير العيادة الطبية.....
تغيير العنوان.....	تغيير عنوان العيادة الطبية.....
.....	تغيير المدرسة.....

أخذت إدارة الصحة NHS الترتيبات الخاصة بتقييم و مراجعة صحة الأطفال والفتيان والفتيات طيلة سنوات دراستهم تطبيقا لقانون الصحة الإسكتلندي لسنة 1978 و قانون التعليم الاسكتلندي لسنة 1980. تم اتخاذ هذه التدابير من أجل ضمان أستفاذة جميع الأطفال و الفتيان والفتيات من الدعم اللازم الذي يمكنهم من أستغلال كامل لقدراتهم.

تشمل المراجعة الصحية حسب الضرورة أستمارة لوالد(ي) الطفل، فحصا للسجلات الصحية، وعند الحاجة فحصا للطول و الوزن و الرؤية.

المرجو إعادة هذه الإستمارة الى المدرسة في أقرب وقت. في حالة عدم توصلنا بالإستمارة سنفترض موافقتكم على برنامج المراجعة الصحية.

المرجو منكم الاتصال بالوحدة الصحية في المدرسة إذا كنتم ترغبون في الحصول على المزيد من المعلومات.  
الهاتف.....

Please complete the following sections:

**Consent**

**I consent to my child .....  
participating in the School Health Surveillance Programme.**

**Yes  No  (Please tick appropriate box)**

**Name of Parent/Carer (please print) .....**

**Signature of Parent/Carer ..... Date .....**

**I consent to any medical information relevant to my child's education being  
shared with appropriate education staff.**

**Yes  No  (Please tick appropriate box)**

**Signature of Parent/Carer ..... Date .....**

Home/Contact telephone number .....

**Have you any concerns about your child's health?**

General Health .....

Growth and development .....

Weight .....

Behaviour .....

Learning difficulties .....

**Has your child had any serious illnesses/ accidents?**

If Yes, please give details

.....

**Please Turn Over**

المرجو ملئ الجدول التالي:

### موافقة

أسمح لطفلي.....بالمشاركة في برنامج المراجعة الصحية المدرسية

(المرجو وضع علامة أمام الخانة المناسبة) نعم  لا

إسم الوالد/الوالدة/الولي.....

توقيع الوالد/الوالدة/الولي.....التاريخ.....

أوافق على تقاسم أية معلومات صحية ذات صلة بتمدرس طفلي مع الطاقم التعليمي المختص

(المرجو وضع علامة أمام الخانة المناسبة) نعم  لا

توقيع الوالد/الوالدة/الولي.....التاريخ.....

هاتف المنزل/المحمول/آخر.....

هل لديك أية أنشطة بشأن صحة طفلك؟

الصحة بشكل عام.....

النمو و التطور.....

الوزن.....

السلوك.....

صعوبات في التعلم.....

هل سبق لطفلك أن أصيب بأمراض أو في حوادث خطيرة؟

إذا كان الجواب بنعم، المرجو إعطاء المزيد من التفاصيل.....

.....

إقلب الصفحة من فضلك

**Does your child have any of the following?**

Severe allergy	Yes	No	Problems with eyesight	Yes	No
Severe epilepsy, convulsions, fainting turns	Yes	No	Bedwetting	Yes	No
Problems with hearing	Yes	No	Soiling	Yes	No
Problems with speech	Yes	No	Emotional problems	Yes	No
Coordination/ movement difficulties	Yes	No	Any other health problems	Yes	No

If Yes, please give details .....

.....

**Is your child currently attending hospital/ clinic?** Yes No

If Yes, please give details .....

**Is your child on any treatment/ medication at present?** Yes No

If Yes, please give details .....

**Would you like an opportunity to discuss anything with the school nurse?** Yes No

If Yes, give reason .....

.....

.....

.....

**Thank you for taking the time to complete this questionnaire**  
**Have you remembered to sign the form overleaf?**

The information you have given us will be treated in strictest confidence.

**A large print version of the form is available on request**

هل لدى طفلك واحدة من الحالات التالية؟

لا No	نعم Yes	مشاكل في الرؤية Problems with eyesight	لا No	نعم Yes	حساسية حادة Severe allergy
لا	نعم	التبول غير الإرادي Bedwetting	لا	نعم	حالات صرع/تشنج/إغماء Severe epilepsy, convulsions, fainting turns
لا	نعم	تدنبس Soiling	لا	نعم	مشاكل في السمع Problems with hearing
لا	نعم	مشاكل نفسية Emotional problems	لا	نعم	مشاكل في التكلم Problems with speech
لا	نعم	أية مشاكل صحية أخرى Any other health problems	لا	نعم	صعوبات في الحركة/التنسيق Difficulties in coordination/movement

إذا كان الجواب بنعم، المرجو إعطاء المزيد من التفاصيل.....

هل يتردد طفلك على مستشفى أو مصحة في الوقت الحالي؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، المرجو إعطاء المزيد من التفاصيل.....

هل يخضع طفلك لعلاج ما أو يتناول دواء ما في الوقت الحالي؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، المرجو إعطاء المزيد من التفاصيل.....

هل ترغبون في التحدث في موضوع ما مع ممرض(ة) المدرسة؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، المرجو إعطاء المزيد من التفاصيل.....

نشكركم لأخذ الوقت من أجل الإجابة على هذه الإستمارة

هل تذكرتم التوقيع على الإستمارة في الصفحة السابقة؟

سنتعامل مع المعلومات التي قدمتموها لنا بكامل السرية

نسخة مكبرة من هذه الإستمارة متوفرة عند الطلب