

**الصحة العامة واللياقة**

يجب على أحد الوالدين أو الوصي استكمال هذا الجزء. استعمل ظهر هذه الاستمارة إذا احتجت حيزا إضافيا.

معلومات عن التأمين الصحي (يرجى تقديم نسخة لظهر ووجه بطاقة التأمين إن كانت متوفرة)  
هل يستفيد طفلك من التغطية الصحية العائلية؟  نعم  لا

اسم الشركة \_\_\_\_\_ اسم صاحب البوليصه \_\_\_\_\_

رقم البوليصه/الرقم التعريفي للعضو \_\_\_\_\_ رقم هاتف الشركة \_\_\_\_\_

هل يمارس طفلك الرياضة بصفة منتظمة؟  نعم  لا

النشاط	الوتيرة	المدّة؟

ما هو مستوى طفلك في السباحة؟  متمكن  متوسط  مبتدئ  لا يسبح

هل لدى طفلك أي نوع من الحساسية؟ (مأكولات، أدوية، مهيجات بيئية)  نعم  لا

حساسية	تفاعل	علاج (إن وجد)

هل يتناول طفلك حاليا أية أدوية؟  نعم  لا

يرجى إدراج كل الأدوية التي يتناولها طفلك (بما في ذلك الأدوية التي لا تحمل وصفة طبية أو تباع في المحلات التجارية).

العلاج	ما الغرض منه؟ (الحالة المرضية/الأعراض)	الجرعة (كم/متى)	تاريخ بداية العلاج	الأعراض الجانبية (إن وجدت)

يرجى التحقق من أي قيود غذائية تنطبق

طفلي لا يأكل  اللحم البقري  الدجاج  الخنزير  المأكولات البحرية  البيض  منتجات الألبان  الكلوتين  المكسرات  
طفلي  نباتي  نباتي متشدّد

هل حصل طفلك على جرعة تطعيم كوفيد؟  نعم  لا تاريخ التطعيم \_\_\_\_\_

هل هناك أي حالات بدنية أخرى قد تحد من مشاركة طفلك في برامج Wilderness Kids Alexandria؟ (الربو والصرع والسكري والحساسية والقيود البدنية وما إلى ذلك)

لا، طفلي قادر على المشاركة الكاملة  نعم، لدي مخاوف بشأن قدرة طفلي على المشاركة

إذا كان نعم، يرجى الوصف \_\_\_\_\_

---



---



---



---

توقيع الأب أو الأم: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_