



## KEY NURSERY

Member of KEY Nurseries

Gemmayze +961 1 564 198  
+961 71 959 416

Horsh Tabet +961 3 110 950  
+961 1 488 560

info@Keynursery.com

## Medical Form / السجل الطبي

To be filled out by the child's pediatrician / يرجى تعبئة الإستمارة من قبل طبيب الأطفال

### The pediatrician | طبيب الأطفال

First name .....  
الإسم

Last name .....  
الشهرة

Phone number .....  
رقم الهاتف

Hospital / clinic name and address  
المستشفى / إسم العيادة و العنوان

### The child | الطفل

First name .....  
الإسم

Last name .....  
الشهرة

Date of birth .....  
تاريخ الولادة

Blood type .....  
فئة الدم

Chronic disease or long-term treatment currently being administered  
مرض مزمن يتابع في الوقت الحالي أو علاج طويل الأمد

Allergy (medications, food)  
حساسية (على الأدوية أو الطعام)

Precautions to be taken  
الإحتياطات الواجب إتخاذها

Treatment to be followed in case of an allergic reaction  
العلاج الواجب اتباعه في حال حدوث أي رد فعل تحسسي

Vaccinations up to date  
تلقى اللقاحات اللازمة حتى تاريخه

yes  
نعم

no  
كلا

Able to play sports  
قادر على ممارسة الرياضة

Activities to be avoided  
نشاطات يجب تجنبها

Date  
التاريخ

Signature and stamp of the pediatrician  
توقيع و ختم طبيب الأطفال



## KEY NURSERY

Member of KEY Nurseries

Gemmayze +961 1 564 198  
+961 71 959 416

Horsh Tabet +961 3 110 950  
+961 1 488 560

info@Keynursery.com

## Required Insurance Form وثائق التأمين المطلوبة

### Medical Insurance

Please provide the following:

1 | name of your child's medical insurance provider

2 | your child's insurance policy number

3 | the validity date of your child's medical insurance

4 | a copy of your child's insurance card

### التأمين الطبي

يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية:

1 | إسم شركة التأمين المسجل فيها طفلك

2 | رقم بوليصة التأمين الخاصة بطفلك

3 | تاريخ صلاحية بوليصة التأمين الخاصة بطفلك

4 | صورة عن بوليصة التأمين الخاصة بطفلك



## KEY NURSERY

Member of KEY Nurseries

Gemmayze +961 1 564 198  
+961 71 959 416

Horsh Tabet +961 3 110 950  
+961 1 488 560

info@Keynursery.com

# Emergency Authorization Form تفويض في حالة الطوارئ

### The child | الطفل

First name .....  
الإسم

Last name .....  
الشهرة

Middle name .....  
الإسم الأوسط

Blood type .....  
فئة الدم

Date of birth .....  
تاريخ الولادة

In order to ensure the wellbeing of your child, you must agree to the below statements:

لضمان عافية طفلك، يرجى الموافقة على البيانات المذكورة أدناه:

1 | In case of an emergency whereby my child requires **urgent** medical care, I authorize the nursery staff to take my child to the nearest medical establishment, and I authorize the medical personnel there to administer the necessary medical assistance that my child requires.

1 | في حالة الطوارئ إذا كان طفلي يحتاج إلى عناية طبية **عاجلة**، أفوض موظفي الحضانة بمرافقة طفلي إلى أقرب مستشفى، كما أفوض الطاقم الطبي للمستشفى لتقديم الرعاية اللازمة له.

2 | In case of an emergency whereby my child requires medical care, I authorize the nursery staff to take my child to the hospital of my choice (hospital name and address)

2 | في حالة الطوارئ إذا كان طفلي يحتاج إلى عناية طبية عاجلة، أفوض موظفي الحضانة بمرافقة طفلي إلى المستشفى التي اخترتها (إسم المستشفى والعنوان)

.....

.....

and I authorize the medical personnel there to administer the necessary medical assistance that my child requires.

.....

كما أفوض الطاقم الطبي للمستشفى لتقديم الرعاية اللازمة له.

3 | In case of an accident or an emergency that requires the hospitalization of my child, I authorize the nursery staff to take my child to the nearest medical establishment or my preferred medical establishment I have listed in this form. In addition, the nursery staff will immediately call me. In the event that I am unreachable, I authorize the nursery personnel to contact my child's pediatrician nominated earlier.

4 | If my child is sick during the day, the nursery staff will immediately call me. In the event that I am unreachable, I authorize the nursery personnel to contact the designated people I identified in case of an emergency. If the situation becomes very urgent and you are unable to reach me or any designated person, you are authorized to contact my child's pediatrician and if necessary you have the authority to take my child to the nearest medical establishment or my preferred medical establishment I have listed in this form, along with his/her medical record.

5 | If first aid intervention is required, I authorize your nurse to administer first aid to my child.

6 | In the event of an emergency, if it is not possible to reach me or any of the designated people I identified to contact in case of an emergency, I authorize the nursery staff to request an ambulance to transport my child to the nearest medical establishment or my preferred medical establishment I have listed in this form.

3 | في حالة وقوع حادث أو حالة طوارئ تستدعي دخول طفلي إلى المستشفى، أفوض موظفي الحضانة بأخذ طفلي إلى أقرب مستشفى أو المستشفى التي اخترت المذكور في هذه الإستمارة، و على موظفي الحضانة الإتصال بي بأسرع وقت ممكن، و في حال لم يستطيعوا التواصل معي أفوضهم بالإتصال بطبيب الأطفال الخاص بطفلي المذكور أعلاه.

4 | إذا كان طفلي مريضاً خلال النهار، على موظفي الحضانة الإتصال بي مباشرةً و في حال لم يستطيعوا التواصل معي أفوضهم بالإتصال بالأشخاص الذين ذكرت اسمائهم مجالات الطوارئ. و إذا أصبحت الحالة طارئة يرجى الإتصال بطبيب الأطفال الخاص بطفلي و إن كان ضرورياً أفوضكم بإصطحاب طفلي إلى أقرب مستشفى أو المستشفى التي اخترت مزودين بالسجلات الطبية الخاصة به.

5 | إذا كانت الإسعافات الأولية ضرورية أفوض ممرضة الحضانة بإعطائها لطفلي.

6 | في حالة طارئة، إذا لم تستطيعوا الإتصال بي أو بأي شخص من الذين ذكرت اسمائهم في قائمة الأحوال الطارئة أفوض موظفي الحضانة بطلب سيارة إسعاف و نقل طفلي إلى أقرب مستشفى أو المستشفى الذي اخترت أعلاه.

### الأم | The mother

First name .....  
الإسم

Last name .....  
الشهرة

I hereby agree to all the statements in this form to ensure the wellbeing of my child should an accident or emergency occur while s/he is at the nursery.

Mother's signature  
إمضاء الأم

Date  
التاريخ

### الأب | The father

First name .....  
الإسم

Last name .....  
الشهرة

أنا الموقع أدناه، أوافق على جميع البيانات المذكورة في هذه الإستمارة لضمان سلامة طفلي في حال حدوث أي حالة طارئة خلال تواجده في الحضانة

Father's signature  
إمضاء الأب

Date  
التاريخ



## KEY NURSERY

Member of KEY Nurseries

Gemmayze +961 1 564 198  
+961 71 959 416

Horsh Tabet +961 3 110 950  
+961 1 488 560

info@Keynursery.com

## Medical Information معلومات طبية

Dear Parents,

إلى الأهل الكرام،

I would like to wish your child an excellent academic year and thank you for your confidence. Below are some points concerning the wellbeing and health of the children during their stay at our nursery.

أريد أن أتمنى لطفلكم سنة ممتازة و أن أشكركم على ثقافتكم بنا. تجدون هنا بعض النقاط المتعلقة بصحة و سلامة طفلكم خلال تواجده في الحضانة.

1 | In order to minimize the spread of illness, no child will be admitted to class if they have any of the following:

- Fever
- Diarrhea
- Conjunctivitis (Pink eye)

1 | من أجل تجنب إنتشار الأمراض، لن يسمح بدخول أي طفل إلى الصف مع:

- حرارة
- الإسهال
- التهاب الملتحمة (العين الوردية)

2 | No medication will be administered at the nursery without a photocopy of the medical prescription from the child's pediatrician.

2 | لا يعطى أي دواء في الحضانة من دون الحصول على صورة لوصفة طبيب الأطفال الذي يعالج الطفل.

3 | If your child follows any long-term treatment, it should be mentioned in the medical form signed by the child's pediatrician; It is only then that we will be able to administer his/her treatment on our premises.

3 | إذا كان طفلك يخضع لعلاج طويل، يرجى ذكر ذلك في الإستمارة الطبية الموقعة من الطبيب المعالج. عند ذلك يمكننا إعطائه الدواء خلال فترة تواجده في الحضانة.

4 | The following steps will be taken if your child becomes ill while at the nursery:

4 | إذا كان الطفل مريضاً خلال فترة تواجده في الحضانة سيتم إتباع الخطوات التالية:

- a. You will be notified via phone.
- b. You will be kindly asked to pick up your child as soon as possible.
- c. While your child waits to be picked up, and **after getting your consent**, we may administer Panadol if necessary.
- d. Your child will be waiting for you at the nurse's office.

- أ. سيتم اعلامكم عبر الهاتف.
- ب. سيطلب منكم أخذ الطفل من الحضانة في أقرب وقت ممكن.
- ج. خلال فترة إنتظار وصولكم، وإذا كان هناك من ضرورة يمكننا إعطاء الطفل بنادول (Panadol) **بعد أخذ موافقتكم**.
- د. سينتظركم الطفل في مكتب الممرضة.

5 | Please observe the recovery periods of childhood diseases, as well as any other disease.

5 | يرجى التقيّد بفترات النقاهة من أمراض الطفولة، فضلاً عن أي مرض آخر.

6 | According to a study published in the Archives of Disease in Childhood, there was no connection found between high fever, diarrhea, and teething. As such, if your child is experiencing any of these symptoms it is not due to teething.

6 | إستناداً إلى دراسة نشرت في «أرشيف أمراض الطفولة» ليس هناك علاقة بين التسنين و الحرارة أو الإسهال. هذا يعني أنه إذا كان طفلك يعاني من هذه الأعراض فذلك ليس بسبب التسنين.

Thank you for your collaboration.

شكراً لتعاونكم.

---

KEY Nursery Manager

---

مديرة حضانة كي نرسري