



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 / Fiche Médicale

To be filled out by the child's pediatrician / à remplir par le pédiatre de l'enfant

The pediatrician | Le pédiatre

First name
Prénom

Last name
Nom

Phone number
Numéro de téléphone

Hospital / clinic name and address
Nom de l'hôpital / clinique et adresse

The child | L'enfant

First name
Prénom

Last name
Nom

Date of birth
Date de naissance

Blood type
Groupe sanguin

Chronic disease or long-term treatment currently being administered
Maladie chronique ou traitement à long terme actuellement suivi

Allergy (medications, food)
Allergie (médicaments, aliments)

Precautions to be taken
Précautions à prendre

Treatment to be followed in case of an allergic reaction
Traitement à suivre en cas de réaction allergique

Vaccinations up to date
Vaccinations à jour yes / oui no / non

Able to play sports
Apte au sport

Activities to be avoided
Activités à éviter

Date

Signature and stamp of the pediatrician
Signature et cachet du pédiatre



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 Documents d'Assurance Requis

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

Assurance médicale

Veillez nous communiquer les informations suivantes:

1 | le nom de la compagnie d'assurance de votre enfant

2 | numéro de la police d'assurance de votre enfant

3 | la date d'échéance de l'assurance médicale de votre enfant

4 | une copie de la carte d'assurance de votre enfant



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 Autorisation en Cas d'Urgence

The child | L'enfant

First name
Prénom

Last name
Nom

Middle name
Deuxième prénom

Blood type
Groupe sanguin

Date of birth
Date de naissance

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

Afin d'assurer le bien-être de votre enfant, nous vous prions de nous accorder les autorisations ci-dessous:

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 | En cas de situation où mon enfant a besoin de soins médicaux **urgents**, j'autorise le personnel de la maternelle à accompagner mon enfant jusqu'à l'établissement médical le plus proche, et j'autorise le personnel médical de l'établissement à administrer les soins nécessaires à mon enfant.

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 | En cas d'urgence médicale, j'autorise le personnel de la maternelle à accompagner mon enfant jusqu'à l'établissement médical, de préférence (nom de l'hôpital et adresse)

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

.....
.....
et j'autorise son personnel médical soignant à prodiguer toute l'assistance médicale dont mon enfant pourrait avoir besoin.

- 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.

The mother | La mère

First name
Prénom

Last name
Nom

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
Signature de la mère

.....

Date

.....

- 3 | En cas d'accident ou d'urgence qui nécessite l'hospitalisation de mon enfant, j'autorise le personnel de la maternelle à prendre mon enfant à l'établissement médical le plus proche ou à l'établissement médical que j'ai choisi ci-dessus. Vous me contacterez dans les plus brefs délais. S'il vous est impossible de me joindre, vous contacterez le pédiatre mentionné ci-dessus.
- 4 | Si mon enfant est malade au cours de la journée, vous tenterez de me joindre. Si cela s'avère impossible, je vous autorise à contacter les personnes désignées en cas d'urgence. Si la situation devient urgente, vous contacterez le pédiatre et si nécessaire je vous autorise à accompagner mon enfant jusqu'à l'établissement médical le plus proche ou à l'établissement médical que j'ai choisi ci-dessus munis du dossier médical de mon enfant.
- 5 | Si une intervention de secourisme est nécessaire, j'autorise votre personnel soignant à administrer les premiers soins nécessaires à mon enfant.
- 6 | En cas de situation urgente, et s'il est impossible de me joindre ou de joindre les personnes que j'ai désignées en cas d'urgence, j'autorise le personnel de la maternelle à utiliser le transport ambulancier vers l'établissement médical le plus proche ou à l'établissement médical que j'ai choisi ci-dessus.

The father | Le père

First name
Prénom

Last name
Nom

Je, soussigné(e), suis en accord avec tous les points de ce formulaire afin d'assurer le bien-être de mon enfant en cas d'accident ou d'urgence durant sa présence à la maternelle.

Father's signature
Signature du père

.....

Date

.....



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 Informations Médicales

Dear Parents,

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.

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)

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

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.

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

- 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.

Chers Parents,

Tout d'abord, je voudrais vous souhaiter une excellente année scolaire et vous remercier pour votre confiance. J'aimerais attirer votre attention sur quelques points concernant la santé et le bien-être de nos enfants.

1 | Afin d'éviter au maximum les contagions au sein de leur nouvelle petite société, aucun enfant ne sera admis en classe avec:

- de la fièvre
- une diarrhée
- une conjonctivite

2 | Aucun médicament ne sera administré au sein de l'école maternelle sans la photocopie de la prescription du médecin traitant.

3 | Si votre enfant suit un traitement à long terme, prière de le noter dans la fiche médicale signée par le médecin traitant. A ce moment-là nous pourrions lui administrer le traitement au sein de l'école maternelle.

4 | Si votre enfant est malade durant la matinée scolaire:

- a. Nous vous appellerons.
- b. Nous vous demanderons de bien vouloir le récupérer dans les plus brefs délais.
- c. En attendant et si nécessaire nous pourrions, **avec votre accord**, lui administrer du Panadol.
- d. Il vous attendra à l'infirmerie.

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

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.

Thank you for your collaboration.

The Key and Claire Maassab Management

5 | Nous vous prions de bien vouloir respecter les périodes de convalescence des maladies infantiles, ainsi que toute autre maladie.

6 | D'après une étude publiée dans "les archives des maladies infantiles" ("Archives of Disease in Childhood"), il n'y a aucune corrélation entre la poussée dentaire et la fièvre ou la diarrhée. Ce qui signifie que si votre enfant présente ces symptômes-là, ils ne sont pas dûs à une poussée dentaire.

Merci de votre compréhension.

La direction de Key et de Claire Maassab