



PHOTO

STATE OF BAHRAIN
MINISTRY OF HEALTH
HEALTH CENTRES DIRECTORATE
HEALTH REPORT TO THE SCHOOL

Health centre :

Student's full name :

Date of birth :

Age at examination : years, months

Health record number : Family file number

C.P.R. No. : Tel. No.

After reviewing the health record of the above mentioned Student, whose photo is attached, and examining him / her by the family physician concerned and the dentist, the following is / are advised :-

- Fit to join the general schools.
Needs Assessment of his / her learning capabilities because,

Needs further assessment and / or treatment by :

Needs dental follow up, next appointment on :

Needs completion of immunization, due on :

Needs special care at school because of :

Date / /

Family physician's name & signature

Dentist's name & signature

HEALTH CENTRE STAMP

صورة
شمسية



دولة البحرين
وزارة الصحة
ادارة المراكز الصحية

تقرير صحى موجه الى المدرسة

المركز الصحى :

الاسم الكامل للطفل :

تاريخ الميلاد :

عمر الطفل عند الفحص : سنه و شهر

رقم السجل الصحى : رقم ملف العائله :

رقم السجل السكاني : رقم التلفون :

بعد مراجعة السجل الصحى للطالب المذكور أعلاه والمصقة صورته فى يسار هذه
الاستمارة وبعد ايقاع الفحص عليه من قبل طبيب العائلة وطبيب الفم والأسنان بالمركز
الصحى ، قد تبين ما يلى :-

- لائق / لائقة للالتحاق بالمدارس الاعتيادية .
- يحتاج / تحتاج لتقييم قدراته التعليمية بسبب :
-
- يحتاج / تحتاج الى علاج وفحوصات أخرى من قبل :
-
- يحتاج / تحتاج الى متابعه فى قسم الفم والأسنان ، الموعد القادم
- يحتاج / تحتاج الى استكمال التطعيمات ، تاريخ التطعيم القادم
- يحتاج / تحتاج الى عناية خاصة بسبب :
-
-
-

التاريخ : / /

اسم وتوقيع طبيب الفم والأسنان

اسم وتوقيع طبيب العائلة

ختم المركز الصحى