



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

.....
**HEALTH CENTRE
STAMP**
.....

Dentist's name & signature



صورة
شمسية

دولة البحرين
وزارة الصحة
ادارة المراكز الصحية

تقرير صحي موجه الى المدرسة

المركز الصحي :

الاسم الكامل للطفل :

تاريخ الميلاد :

عمر الطفل عند الفحص : سنة و شهر

رقم السجل الصحي : رقم ملف العائلة :

رقم السجل السكاني رقم التلفون :

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

لائق / لائق للالتحاق بالمدارس الابتدائية .

يحتاج / تحتاج لتقديراته التعليمية بسبب :

يحتاج / تحتاج الى علاج وفحوصات أخرى من قبل :

يحتاج / تحتاج الى متابعته في 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 الصحي