

**KINGDOM 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 :

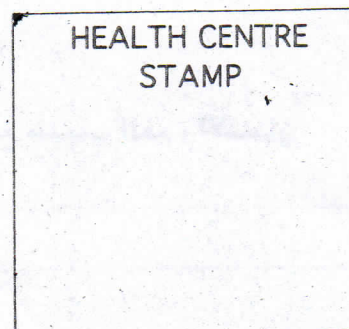
Date / /

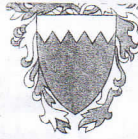
Family physician's name & signature

.....
.....

Dentist's name & signature

.....
.....





صورة
شمسية

مملكة البحرين
وزارة الصحة
إدارة المراكز الصحية
تقرير صحي موجه إلى المدرسة

المركز الصحي :
الأسم 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 يلي :-

- لائق / لائقة للالتحاق بالمدارس الاعتيادية .
 يحتاج / تحتاج لتقييم قدراته التعليمية بسبب :
 يحتاج / تحتاج الى علاج وفحوصات أخرى من قبل :
 يحتاج / تحتاج الى متابعه 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