

Name:

Date of Birth:

Has or had the CADET suffered from	No	Yes	If Yes, Please give Details
Bronchial Asthma			
Allergy: Food, Medicine, Others			
Tuberculosis and / or Other Respiratory Diseases			
Diabetes Mellitus			
GóPD Deficiency			
Cardio Vascular Diseases			
Hypertension or Hypotension			
Blood Diseases and / or lab tests abnormalities			
Hearing Disorders			
Vision Disorders			
Talking Disorders			
Kidneys and Urinary Tract Diseases			
Mental and / or Psychological Disorders			
Sleep Disorders / Sleep Walker			
Epilepsy and / or other Neurological Disorders			
Dizziness and / or loss of Consciousness			
Musculoskeletal Diseases, and / or Abnormalities			
Other (Congenital Deformities			
Infectious Diseases			
Gastrointestinal Diseases			
Rheumatic Fever			
Smoker, Alcoholism and / or other addictions			
Accidental Trauma and / or Fracture			
Surgical Operation and / or Hospitalization			
Chronic Pains			
On regular Medicaments and / or other Drugs			
Other Diseases or illness symptoms			

Emergency Contacts	
Parent / Guardian	Alternative
Name of Parent / Guardian :	Name :
Mobile Phone :	Mobile Phone :
Home Phone :	Home Phone :
Work Phone :	Work Phone :
If these numbers cannot be reached, I give Qatar Leadership Academy / Medical staff permission to see appropriate Emergency treatment for my child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

I, the undersigned do hereby acknowledge that the above information provided by me is true and complete and I take full responsibility for any false and or incomplete. I understand falsified and / or incomplete information will result in enrolment rejection and / or shall be ground for future dismissal from QLA.

Parent / Guardian's Name and signature:

إقرار طبي عن الحالة الصحية



الاسم:

تاريخ الميلاد:

هل يعاني أو عانى الطالب من الأمراض أو الحالات التالية	لا	نعم	في حالة الإجابة (نعم) أكتب التفاصيل
الربو / ضيق النفس			
حساسية ضد أدوية، غذاء، أو مواد أخرى			
الدرن (السل)، أو أمراض أخرى بالجهاز التنفسي			
مرض السكر			
أختلال بأنزيم			
أمراض القلب أو الشرايين			
ارتفاع أو انخفاض بضغط الدم			
أمراض بالدم، أو فحوصات مخبرية طبيعية			
اضطرابات بالسمع			
اضطرابات بالرؤية			
اضطرابات بالنطق			
أمراض بالكلى والمسالك البولية			
اضطرابات نفسية			
اضطرابات أو مشاكل أخرى بالنوم			
الصرع، أو اضطرابات عصبية أخرى			
دوخة أو فقدان الوعي			
تشوهات وأمراض الهيكل العظمي			
تشوهات خلقية أخرى			
أمراض معدية			
أمراض الجهاز الهضمي			
الحمى الروماتيزمية			
تعاطي الكحول، التدخين، أخرى			
حوادث، كسور			
عمليات جراحية، تنويم بالمستشفى			
الام مزمنة			
تناول أدوية أو عقاقير أخرى بانتظام			
أمراض أو أعراض مرضية أخرى			

للتأمر الطارئة يرجى الاتصال

البديل	ولى الأمر/الوصى
الاسم :	الاسم :
رقم الجوال :	رقم الجوال :
هاتف المنزل :	هاتف المنزل :
هاتف العمل :	هاتف العمل :
إذا تعذر التوصل إلى هذه الأرقام فأنتى أعطى الكادر الطبي باكاديمية قطر للقادة الاذن لاعطاء ابني العلاج المناسب فى حالات الطوارئ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

أنا الموقع أدناه أقر بأن البيانات أعلاه صحيحة وكاملة وأننى أتحمّل مسؤولية ما قد يترتب عن اخفائى إبه بيانات مهمة أو ادلائى ببيانات غير صحيحة أو ناقصة وأعلم أن ذلك قد يؤدى الى عدم قبول طلب التسجيل بالأكاديمية أو الفصل منها مستقبلا

ولى الأمر/الوصى الاسم والتوقيع: