



Consent Form for Conducting the Comprehensive School Screening for KG1, KG2, Grades 1,5,9

Student Number: _____ رقم الطالب:
School Name: _____ اسم المدرسة:
Gender: _____ الجنس:

The comprehensive school examination conducted by the healthcare team aims to assess the student's health status through early detection of certain health issues and consists of the following:

- Growth assessment including body mass index measurement
- Checking vital signs (temperature, pulse, respiration and blood pressure)
- Vision screening
- Hearing screening
- Physical examination including assessment for scoliosis (spine curvature)
- A complete blood count test (CBC). The purpose of this test is to detect anemia.

-For grade 1 (male and female students)

-For grade 9 (female students only)

- Depression screening (PHQ9) for students in grade 9
- Dental screening (includes fluoride varnish application for grades 1, 5 & 9).

Kindly note that the physical examination carried out at the school for the students will not include an examination of genitalia, to preserve the privacy of the student. However, the parent/guardian for students in Grades 1 & 5 only should go to the nearest clinic to conduct the examination of genitalia due to its importance.

Note: British schools shall use the equivalent years system

For more information about the Comprehensive Preventive Screening for Students scan the QR code



The healthcare team consists of physicians, dentists, qualified nurses, dental assistants and laboratory technicians. The comprehensive school screening of the students will be conducted either in mobile clinics, or in the school clinic. Following the medical examination, you will receive a report with the test results, and an appointment will be set for the student with a physician in the clinic if further management is needed.

The data of the comprehensive school screening program will be shared with the educational regulatory authority concerned and Abu Dhabi Public Health Centre (ADPHC). This is to study disease patterns in our community to assist in planning and developing health services. We assure you that all this data will be held with complete confidentiality, ensuring the privacy of personal information is maintained.

I, (_____), the undersigned guardian of the student (_____) have received sufficient information about the Comprehensive School Screening and the purpose of conducting this screening for my child, and therefore I:

- ☐ Agree to have the student undergo the tests mentioned above, to have the comprehensive school examination report sent to me, and to be contacted in the future for medical follow-up if necessary.

Note: The cost of The Comprehensive School Screening is AED 200 for non-THIQA insurance card holders and free for students who are less than 6 years old.

- ☐ Disagree, please mention the reason: _____

Required Documents:

Please attach the following documents:

- ☐ Copy of Emirates ID of the Student (front and back)

Family physician name: _____
Preferred clinic for follow up: _____
Name of parent/guardian: _____
Relation to student: _____
Emirates ID of parent/guardian: _____
Parent/guardian's signature: _____
Contact number: _____
Date: _____

نموذج الموافقة على إجراء الفحص المدرسي الشامل لطلاب الروضة الدولي والثانية والصف الأول والخامس والتاسع

Student Name: _____ اسم الطالب:
Grade: _____ الصف:
Section: _____ الشعبة:
Emirate ID Number: _____ رقم الهوية الإماراتية:

يهدف الفحص المدرسي الشامل الذي يجريه فريق الرعاية الصحية إلى تقييم الحالة الصحية للطلاب من خلال الكشف المبكر عن بعض المشاكل الصحية ويتكون من الآتي:

- تقييم النمو ويتضمن قياس مؤشر كتلة الجسم
- تقييم المؤشرات الحيوية (درجة الحرارة والنبض والتنفس وضغط الدم)
- فحص النظر
- فحص السمع
- الفحص البدني ويشمل فحص انحناء العمود الفقري
- اختبار تعداد الدم الكامل (CBC). الغرض من هذا الاختبار هو الكشف عن فقر الدم.
- للصف الأول لجميع الطلاب والطالبات
- للصف التاسع (للطالبات فقط)
- الفحص الاستكشافي للاكتئاب (PHQ9) لطلبة الصف التاسع
- فحص الأسنان مع تطبيق مادة الفلورايد لطلبة الصف الأول والخامس والتاسع

يرجى العلم بأن الفحص البدني للطلبة في المدرسة لا يشمل فحص الأعضاء التناسلية حفاظاً على خصوصية الطالب/ة، يتعين على أولياء الأمور لطلاب الصف الأول والخامس فقط اصطحاب أبنائهم لأقرب عيادة لإجراء هذا الفحص نظراً لأهميته

ملحوظة: على المدارس البريطانية أن تستخدم نظام السنوات المعادلة للصفوف المذكورة أعلاه لمزيد من المعلومات عن الفحص الوقائي الشامل لطلاب المدارس امسح الرمز

يتألف الفريق الطبي الذي يقوم بإجراء الفحص من طبيب، طبيب أسنان، ممرض مؤهل، مساعد طبيب أسنان وفني مختبر، علماً بأنه سيتم إجراء الفحص في عيادات الرعاية الصحية المتنقلة أو في عيادة المدرسة، وستستلم تقريراً بنتيجة الفحص وسيتم تحديد موعد للطلاب مع الطبيب في إحدى المراكز الصحية إذا استدعى الأمر.

كافة البيانات المتعلقة بنتائج برنامج الفحص المدرسي الشامل ستتم مشاركتها مع الجهة التنظيمية المختصة بالتعليم المدرسي ومركز أبوظبي للصحة العامة، وذلك لدراسة نمط الأمراض في مجتمعنا بهدف المساعدة في التخطيط وتطوير الخدمات الصحية. نود أن نؤكد أن جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة، بحيث يتم الحفاظ على خصوصية المعلومات الشخصية.

أقر أنا (_____) الموقع أدناه الوصي على الطالب/ة (_____) بأنني قد تلقيت معلومات وافية عن برنامج الفحص المدرسي الشامل وعن الغاية من إجرائه لأبني/ ابنتي:

- ☐ أوافق على خضوع الطالب/ة للفحوصات المذكورة أعلاه، وعلى أن يتم إرسال تقرير الفحص المدرسي الشامل إليّ، و أن يتم الاتصال بي في المستقبل للمتابعة الطبية إذا لزم الأمر.

ملاحظة: قيمة الفحص المدرسي الشامل 200 درهم لغير حاملي بطاقة تأمين ثقة مع العلم أن الفحص سيكون مجانياً للطلبة الذين تقل أعمارهم عن 6 سنوات.

- ☐ لا أوافق، يرجى ذكر السبب: _____

المستندات المطلوبة:

الرجاء إرفاق المستندات التالية:

- ☐ صورة من بطاقة الهوية الإماراتية الخاصة بالطلاب من الأمام والخلف

اسم طبيب العائلة: _____
العيادة المفضلة للمتابعة: _____
اسم ولي الأمر/ الوصي: _____
صلة القرابة بالطالب: _____
رقم الهوية الإماراتية لولي الأمر/ الوصي: _____
توقيع ولي الأمر/ الوصي: _____
رقم الهاتف: _____
التاريخ: _____