

AJB/CirNo.10/AJB/AY2023-24/OCTOBER

5th October 2023

دائرة الصحة
DEPARTMENT OF HEALTH



Consent For Providing the School Health Screening
Academic Year 2023/2024

Dear Parents,

Kindly be informed that the Department of Health (DOH) and Abu Dhabi Public Health Centre (ADPHC), aim to assess the school students' health status in the emirate of Abu Dhabi aged 4 years and above by conducting the school screening program in order to detect health problems early. The Annual screening test is performed by a school nurse in the school clinic and consists of checking the body mass index (BMI), and vision test. The school nurse will also review the student's medical record and vaccination status and will give health promotion appropriate to the student's age. The data collected will be used by the Department of Health (DOH) to establish the disease pattern in our society and assist in the planning of national health initiatives.

Following the school screening test, any student with an abnormal test result will receive a referral letter addressed to his /her parent/guardian via email. Note that all data will be dealt with confidentially (meaning all personal information will be kept private).

Kindly fill out the below consent form and submit it to the class teacher by October 9, 2023.

For any queries or clarifications, kindly contact the school clinic

Email: ajclinic@alainjuniors.com

Tel: (03)781.0077 ext. 141 (7:30 A.M – 3:30 P.M)

Best Wishes,
AJ Clinic

✂.....Cut from here.....✂.....

I, the undersigned, declare that I have received sufficient information about the examination and the purpose of conducting this examination, and therefore I agree that the school clinic team will conduct the screening mentioned below.

Annual Screening Test Consent Form (A.Y 2023-2024 British System)		
Student Name:		
Grade/section:		
Consent given for	Agree (✓)	Disagree (✗) Please mention the reason
BMI		
Vision Test		
Parent Name:		
Signature of Parent:		
Date:		

AJB/CirNo.10/AJB/AY2023-24/OCTOBER

5th October 2023

دائرة الصحة
DEPARTMENT OF HEALTH



نموذج الموافقة على إجراء الفحص الكشفي للطلاب - العام الدراسي 2024/2023

السيدة/ولي الأمر المحترم/ة

يرجى العلم أن دائرة الصحة ومركز أبوظبي للصحة العامة تهدف إلى تقييم الحالة الصحية لطلاب المدارس في إمارة أبوظبي الذين تتراوح أعمارهم بين 4 سنوات وما فوق من خلال إجراء برنامج الفحص المدرسي من أجل الكشف على المشكلات الصحية مبكراً. يتم إجراء اختبار الفحص السنوي من قبل ممرضة المدرسة في العيادة المدرسية ويتكون من فحص مؤشر كتلة الجسم (BMI)، وفحص النظر. سيقوم ممرض المدرسة أيضاً بمراجعة السجل الطبي للطلاب وحالة التطعيم وستقدم التوعية الصحية المناسبة لعمر الطالب. سيتم استخدام البيانات التي تم جمعها من قبل وزارة الصحة (DOH) لتحديد نمط الأمراض في مجتمعنا والمساعدة في تخطيط المبادرات الصحية الوطنية.

بعد الفحص المدرسي، سيتلقى أي طالب لديه نتيجة اختبار غير طبيعية تقريراً رسمياً موجهاً إلى والديه/الوصي عليه عبر البريد الإلكتروني.

علماً بأنه سيتم التعامل مع جميع البيانات بسرية تامة (أي أنه سيتم المحافظة على خصوصية المعلومات الشخصية)

يرجى ملء نموذج الموافقة أدناه وإرساله إلى معلم الفصل بتاريخ 9 أكتوبر 2023.

لأية استفسارات أو توضيحات، يرجى الاتصال بعيادة المدرسة
البريد الإلكتروني: ajclinic@alainjuniors.com
هاتف: 781.0077(03) داخلي. 141 صباحاً (7:30) - مساءً (3:30)

✂.....Cut from here.....✂

أقر أنا الموقع أدناه ، أنني تلقيت معلومات كافية حول الفحص والغرض من إجراء هذا الفحص ، وبالتالي أنا أوافق إجراء فريق المدرسة الصحي للفحوصات التي تم ذكرها.

Annual Screening Test Consent Form (A.Y 2023-2024 British System)		
Student Name:		
Grade/section:		
Consent given for	Agree (✓)	Disagree (*) Please mention the reason
BMI		
Vision Test		
Parent Name:		
Signature of Parent:		
Date:		