

## طلب التقديم لمخيم الجوجيتسو الصيفي 2020

اسم العائلة \_\_\_\_\_  
الاسم الاول \_\_\_\_\_  
أنثى / ذكر \_\_\_\_\_  
العمر \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ (اليوم/ الشهر / السنة)  
العنوان \_\_\_\_\_  
عنوان البريد \_\_\_\_\_  
مستوى الحزام \_\_\_\_\_  
رقم المنزل / رقم الهاتف المحمول \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
رقم العمل \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
البريد الالكتروني \_\_\_\_\_  
ولي الامر/ الوصي القانوني \_\_\_\_\_

### رقم الاتصال في حالات الطوارئ

الاسم \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف المحمول \_\_\_\_\_  
رقم المنزل \_\_\_\_\_  
رقم العمل \_\_\_\_\_

## التاريخ الطبي

تفقد اي عراض التي تنطبق عليك أو على أي من أفراد أقاربك المباشرين:

الربو

سرطان

أمراض القلب

السكري

ارتفاع ضغط الدم

الصرع

تحقق من اي عراض التي تعاني منها حاليا:

آلام في الصدر

أمراض الجهاز التنفسي

أمراض القلب والاعوية الدموية

أمراض الدم والاعوية الدموية اللمفاوية

أمراض عصبية أو نفسية

أمراض الجهاز الهضمي

التناسلي

زيادة الوزن

فقدان الوزن

أمراض العظام أو العضلات

هل ملتزم حاليا بأي نوع دواء؟

نعم

لا

إذا اجبت بنعم، من فضلك وضح \_\_\_\_\_

هل لديك أي حساسية من ادوية او طعام؟

نعم

لا

غير متأكد

إذا اجبت بنعم، من فضلك وضح \_\_\_\_\_

التعريف بالاتصال القريب من أي شخص مصاب بفيروس كورونا المستجد- كوفيد 19  
الاتصال القريب من شخص تم التعامل معه وجها لوجه لمدة 15 دقيقة على أقل أو كان في نفس المكان المغلق  
لمدة ساعتين على الأقل ، و تم الاثبات بأنه مصاب بفيروس كورونا المستجد- كوفيد 19  
هل خضعت لفحص فايروس كورونا المستجد- كوفيد 19 خلال ال 48 ساعة الماضية؟

نعم

لا

ملاحظة

هل تعيش في نفس المنزل مع شخص أصيب بفيروس كورونا المستجد- كوفيد 19؟

نعم

لا

ملاحظة

هل كان هناك أي اتصال جسدي مباشر- (مثل المصافحة؟) مع شخص مصاب بفيروس كورونا المستجد- كوفيد 19؟

نعم

لا

ملاحظة

هل كان لديك اتصال مباشر غير محمي مع أي وسيلة قد تنقل فايروس كورونا المستجد- كوفيد 19

(على سبيل المثال ، السعال ، ولمس اسطح المستعملة باليد مباشرة)؟

نعم

لا

ملاحظة

الاسم

التاريخ

التوقيع