

MEDICAL INFORMATION FORM / ԲԺՇԿԱԿԱՆ Ձև

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <p>01 First name Անուն</p> | <p>02 Middle name Հայրանուն</p> | <p>03 Last name Ազգանուն</p> |
|---------------------------------------|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>05 Date of birth Ծննդյան ամսաթիվ</p> | <p>06 Gender Սեռը</p> <p><input type="checkbox"/> Male (Արական) <input type="checkbox"/> Female (Իգական)</p> |
|--|--|

07 **Does your child have any specific medical conditions requiring medical treatment and/or medication?**
Արդյոք ձեր երեխան ունի հատուկ բժշկական պայման եւ / կամ պետք է դեղորայք.

.....

.....

.....

.....

.....

08 **Does your child have any allergies?**
Ունե՞ք ձեր երեխայի ալերգիաներ.

.....

.....

.....

.....

.....

09 **Any other relevant information**
Իրացուցիչ տեղեկություններ

.....

.....

.....

.....

.....

Parent/Guardian Name: _____
Ծնող / Ինքնակալ անվանումը:

Signature: _____
Ստորագրություն:

Date: _____
Ամսաթիվ: