



مرکز طبی نیوکسل – طفل جدید /ثبت نام زیر ۵ ساله
(Newcastle Medical Centre – New Baby/Under 5s Registration)

لطفاً یک کپی اصلی از سابقه واکسین را با این فورم ارائه دهید.

مشخصات فرزند شما				
نام:	آدرس:			
تخلص:				
جنسیت:				
تاریخ تولد:	کود پستی:			
شماره صحت عامه (NHS Number):				
محل تولد:				
ملیت (لطفاً حلقه کنید)				
سفیدپوست بریتانیای	سفیدپوست و آسیایی	آسیایی دیگر	آیرلندی	مکس/مخلوط دیگر
کره بینی	سفیدپوست دیگر	هندی	آفریقایی	سفید و سیاه کر بینی
سیاهپوست دیگر	سفید و سیاه افریقایی	بنگله دیشی	چینایی	پاکستانی
داکتر فامیلی قبلی (در صورت لزوم):				
نام:	آدرس:			
	کود پستی:			
اگر فرزند شما در انگلستان متولد نشده است:				
تاریخ وارد شدن به انگلستان:				

مشخصات والدین یا سرپرست

نام شما	نسبت:
آدرس:	تلفون منزل:
	تلفون محل کار:
کود پستی:	موبایل:
ایمیل:	
رضایت برای تماس با: <input type="checkbox"/> پیامک <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/>	

سابقه طبی (در صورت لزوم)

لطفاً هر گونه مشکل صحی که فرزند شما دارد ذکر کنید:

الرژی یا حساسیت:

دوای های فعلی:

واکسین شدن – لطفاً در یک باکس علامت بگذارید

من موافقت می کنم که فرزندم واکسین شود.

من موافقت نمی کنم که فرزندم واکسین شود.