

خطة الرعاية الفردية

Individual Care Plan

Individual Care Plan (ICP)		خطة الرعاية الفردية
For children using the Youth Department with pre-existing Medical/Health Conditions/Special Educational/Additional Needs and/or requiring administration of medication or intervention.		للأطفال الذين يتلقون خدمات قسم الشباب ويعانون من حالات طبية أو صحية أو احتياجات تعليمية خاصة أو إضافية، أو الذين يحتاجون إلى تناول أدوية أو تدخلات طبية.
Name of Child:		اسم الطفل:
Cabin Number:		رقم الكابينة:
Date of Birth:		تاريخ الميلاد:
Cruise Departure:		تاريخ مغادرة الرحلة السياحية:
Any Allergies		هل يوجد أي حساسية؟
Any condition(s) that may arise and need medication/treatment or any Situation that may arise and need intervention? — Please be thorough		هل توجد أي حالة قد تنشأ وتحتاج إلى أدوية/علاج أو أي حالة قد تحدث وتتطلب تدخلاً؟ — يرجى أن تكون دقيقاً ومفصلاً.
Current Medication — Please state all		الأدوية الحالية — يرجى ذكر جميع الأدوية.

خطة الرعاية الفردية Individual Care Plan

Will any medication be left with your child/or Youth Staff? All instructions must be given to the youth staff member. Please document this for reference.

هل سيتم ترك أي أدوية مع طفلك/أو مع موظف قسم الشباب؟ يجب تقديم جميع التعليمات إلى موظف قسم الشباب. يرجى توثيق ذلك للرجوع إليه.

In an event your child was taken ill with the specified condition(s), please can you state your preferred course of Treatment/action plan. Please be thorough.

في حال تعرض طفلك للمرض بسبب الحالة أو(الحالات) المحددة، يرجى توضيح خطة العلاج أو الإجراء المتبع لديك. يرجى أن تكون دقيقًا ومفصلاً.

Please be advised that if your child was taken ill, he/she will be taken to the medical centre for review/further assessment/treatment. By signing this, you acknowledge and accept this action and you are aware that medical charges maybe be added to your account.

يرجى العلم أنه في حال مرض طفلك، سيتم نقله إلى المركز الطبي لاجتياز الإجراءات الإضافية فيما يتعلق بالفحص/تقييم/علاج. بتوقيعك على هذا، أنت تقر وتقبل بهذا الإجراء وتعلم بأن التكاليف الطبية قد تُضاف إلى حسابك.

خطة الرعاية الفردية Individual Care Plan

Date	التاريخ	Signature	التوقيع
Is there any further information you would like to add (e.g. special Educational or additional needs)?		هل هناك أي معلومات إضافية ترغب في إضافتها (مثل الاحتياجات التعليمية الخاصة أو الاحتياجات الإضافية)؟	
Date	التاريخ	Signature	التوقيع