



## Section 2: Parent's Information

Father's/ Guardian's Full Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Occupation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Place of Work

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Business Telephone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobile Phone Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Father's E-mail Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mother's/ Guardian's Full Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Occupation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Place of Work

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Business/ Mobile phone Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mother's E-mail Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Emergency Contact

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Are Parents  Living Together  Separated  Divorced  Single Parent

Parent(s) Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Section 3: Educational Records

Has child ever been expelled or refused entry to an educational institution? \_\_\_\_\_

If yes, please give details \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Section 4: Medical Information

Names of Relative/ Family/ Guardian/ Friends to pick up child from school premises

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1st Choice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2nd Choice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Family Physician's Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone Number of Family Physician

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Do you consent to First Aid administered to child in the case of an emergency?

Yes

No

Do your child have any health problems that we should be aware of?

Yes

No

If yes, kindly explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anything else the school should know about your child, example; allergies, hay fever, asthma, sickle cell anaemia, epilepsy, special needs medicine, diet et cetera.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## KINDLY FILL THE DATES OF THE FOLLOWING REQUIRED IMMUNIZATION RECORDS

Immunization and Vitamin A					
Age Period	Vaccine	Date Given	Batch Number	Place Given	Date of Next Visit
At Birth	BCG		V:		
	Polio - 0		V:		
	Hepatitis B		V:		
6 Weeks	Polio - 1		V:		
	DPT-HepB-HIb - 1		V:		
	Pneumococcal - 1		V:		
	Rotavirus - 1		V:		
10 Weeks	Polio - 1		V:		
	DPT-HepB-HIb - 2		V:		
	Pneumococcal - 2		V:		
	Rotavirus - 2		V:		
14 Weeks	Polio - 3		V:		
	DPT-HepB-HIb - 3		V:		
	Pneumococcal - 3		V:		
	IPV		V:		
6 Months	Vitamin A				
9 Months	Measles-Rubella		V:		
	Yellow Fever		V:		
12 Months	Vitamin A				
18 Months	Vitamin A		V:		
	Measles-Rubella - 2		V:		
	Meningitis A		V:		
	LLIN				

**V - Vaccine Batch Number**

**D - Diluent Batch Number**