



מדינת ישראל

التصريح الطبي السنوي للطالب

للسنة الدراسية 2026-2027

- يجب تعبئة التصريح الطبي السنوي لكل طالب، أو طالبة / على حد سواء. حيث أن توفير معلومات كاملة ومفصلة سيُمكن طاقم المعلمين في المدرسة من معرفة القيود الطبية المختلفة لكل طالب/طالبة.
- في الأقسام التي تشير /ين فيها إلى وجود مشكلة طبية، يجب تحديد المشكلة ووصفها إذا لزم الأمر، إذا لم يكن هناك تصنيف مناسب في القائمة، فمن الضروري أن تقوم /تقومي بتحديد/ها.
 - كما ويعرض التصريح التطعيمات الروتينية والفحوصات المقدمة للصفوف حسب المرحلة التعليمية للطلاب والطالبات في المؤسسة التعليمية.
 - من الضروري إرفاق جميع المستندات الطبية ذات الصلة لكل طالب/طالبة.
 - يجب وضع دائرة حول كلمة **نعم** / **أم لا**، إذا حددت اجابتك بنعم، عليك بكتابة التفاصيل الموجودة أسفل السؤال.
 - جميع الحقول مطلوبة.

اسم الطالب/ة: ----- رقم الهوية: ----- الصف: ----- اسم المدرسة: -----

الجزء أ - بيان أولياء الأمور حول الحالة الصحية للطالب/ة :

1- هل هناك قيود صحية تمنع الطالب/ة من المشاركة في أي نشاط مدرسي أو نيابة عنه؟

نعم / لا

☐ الرحلات

☐ النشاط البدني

☐ نشاط رياضي بالقاعة الرياضية

☐ مسابقات رياضية مدرسية

☐ نشاط اخر

تفصيل: _____

يجب ارفاق الملف الطبي الذي يحدد القيود لدى الطالب/ة.



מדינת ישראל

2. هل يعاني الطالب/ة من مشكلة صحية مزمنة؟ نعم /لا

سيلياك حساسية الجلوتين		أمراض بالأمعاء - كروهن (التهاب معوي		الصرع - أمراض السقوط	
أمراض تخثر الدم - الهيموفيليا		أمراض امعاء - كوليتس (التهاب قولون تقرحي)		مشاكل قلب	
نقص الصفائح الدموية		أمراض جلدية		زراعة أعضاء	
حساسية الفول (G6PD)		ضمور عضلات		أمراض سرطانية - علاج كيميائي	
أمراض مُزمنة أخرى		سكري أطفال نوع 1		الربو (أزمة)	

يرجى التفصيل :-----

.....

3- هل يتناول/تتناول الطالب/ة الدواء / الأدوية بانتظام؟ نعم /لا

تفاصيل عن الدواء: _____

.....

4- هل لدى الطالب/ة حساسية اتجاه الأدوية؟ نعم /لا

تفصيل: _____

.....

5- هل لدى الطالب /ة حساسية للطعام أو مركبات أخرى؟ نعم / لا



מדינת ישראל

الخميرة	لدغة الدبور	الحليب	الجوز
اللوز	الفول	اليود	الفول السوداني
مواد غذائية	النباتات (حبوب اللقاح)	لاتكس	البيض
أخرى	الكيوي	الصويا	جلوتين القمح
	العث (غبار المنزل)	لدغة النحل	العسل
	السمسم	لدغة البعوض	الأسماك

تفصيل:

* إذا لزم الأمر وبناءً على توصية من الطبيب، يجب حمل حقنة إيبينفرين شخصية.

6 - هل يحمل / تحمل الطالب / الطالبة حقنة الحساسية (إيبينفرين) شخصية؟ نعم / لا

القسم ب - الخدمات الصحية للطلاب التي تقدمها وزارة الصحة بموجب قانون التأمين الصحي الحكومي لعام 1994.

- في كل عام عليك / ك بتأكيد الخدمة المقدمة للفئة العمرية التي يدرس بها ابنك / ابنتك.
- يتم تقديم الخدمة وفقا لمناطق وزارة الصحة - [رابط برنامج التطعيم لطلاب المدارس في وزارة الصحة](#).
- أؤكد أنني قرأت البرنامج الكامل للخدمات الصحية الطلابية (التطعيمات والفحوصات) كما يظهر هنا.
- فيما يلي تفصيل للخدمات الصحية للطلاب (التطعيمات وفحوصات التطور) حسب الفئة العمرية:

• الصف	• فحوصات التطور	• التطعيمات
• الأول	• تقييم النمو • (قياس وزن الجسم والطول) • فحص النظر • فحص السمع • فحص الأسنان	• اللقاح المركب: (MMRV) ضد الحصبة والحصبة الألمانية وجذري الماء . • في مناطق (وزارة الصحة) الجنوبية والشمالية، يمكن أيضًا إعطاء لقاح مشترك (Tdap + Ipv): ضد التيتانوس ، الدفتيريا (الخنق) السعال الديكي، وشلل الاطفال. • في التربية الخاصة : لقاح ضد الانفلونزا.
• الثاني	• اكمال فحص النظر (في حال لم يكتمل في الصف الاول)	• اللقاح المركب ((Tdap+Ipv):التطعيم ضد التيتانوس ، الدفتيريا (الخنق) ،السعال الديكي، وشلل الاطفال.



מדינת ישראל

• لقاح ضد الانفلونزا.	• اكمال فحص النظر (في حال لم يكتمل في الصف الاول) • فحص الأسنان	
• لقاح ضد الانفلونزا	• فحص الاسنان	• الثالث
• لقاح ضد الانفلونزا	• فحص الأسنان	• الرابع
• في التربية الخاصة : لقاح ضد الانفلونزا	• فحص الأسنان	• الخامس
• في التربية الخاصة : لقاح ضد الانفلونزا	• فحص الأسنان	• السادس
• في مناطق (وزارة الصحة) الجنوب، الوسط، حيفا والشمال (بدون صفد) سيتم إعطاء جرعة أولى من التطعيم ضد العدوى التي يسببها فيروس الورم الحليمي البشري (HPV).	• تقييم النمو (قياس وزن الجسم والطول) • فحص الأسنان	• السابع
اللقاح المركب (Tdap): الخناق (الدفترية) ، التيتانوس ، السعال الديكي . التطعيم ضد جرثومة الورم الحليمي البشرية (بابيلوما) (HPV).	• فحص النظر • فحص الأسنان إكمال فحوصات النظر (في حال لم يكتمل في الصف الثامن). • فحص الأسنان.	• الثامن • التاسع

• سيتم اكمال التطعيمات كل عام حسب الحاجة.

• يتم اكمال فحوصات النظر والسمع في العام التالي للطالب/ة الذي لم يتم فحصه.

• في التربية الخاصة يتم إعطاء اللقاحات حسب عمر الطالب/ة.

7. أنا أؤكد أنه كجزء من الخدمات الصحية الطلابية ، سيحصل/ ستحصل ابني/ ابنتي على لقاح وفقا لبرنامج التطعيم الذي حددته وزارة الصحة. نعم / لا

في حالة عدم موافقة الأهل على أحد التطعيمات يجب تحديده وتفصيل السبب: _____

8. هل كان لدى الطالب/ة رد فعل غير عادي أو استجابة غير طبيعية لأحد التطعيمات؟ نعم / لا

تفصيل: _____



מדינת ישראל

9. الموافقة على خضوع الطالب/ة لفحوصات التقييم وتقدير النمو (قياس الطول وقياس الوزن) في إطار الخدمات الصحية التي تحددها وزارة الصحة. **نعم / لا**

إذا لم تتم الموافقة على بعض الفحوصات ، الرجاء التحديد-----

التفصيل :-----

10- الموافقة على تلقي رسالة نصية قصيرة SMS وبريد إلكتروني حول التطعيمات واختبارات التقييم والنمو ونتائج الإختبارات كجزء من خدمات صحة الطالب/ة . **نعم /لا**

11- في حالة وجود مشكلة طبية يُمكننا الاتصال بـ:

الاسم الكامل ----- رقم الهاتف: -----

الاسم الكامل ----- رقم الهاتف: -----

أنا أوافق /توافق على تقديم المعلومات ذات الصلة إلى الطاقم التعليمي و / أو الطاقم الصحي في المدرسة فيما يتعلق بالوضع الصحي للطالب/ الطالبة وأتعهد/ تتعهد بإعلام مربّي/مربية الصف بأي تغيير أو تقييد سواء كان مؤقتًا أو دائماً، والتي ستطبق على الحالة الصحية لابني / ابنتي.

تم الموافقة على التصريح من قبل: ----- رقم الهوية: -----

التاريخ: ----- التوقيع: -----