



מדינת ישראל
משרד החינוך

תصريح أولياء الأمور حول الحالة الصحية لطفلهم في رياض الأطفال

اسم رياض الأطفال : _____ المنطقة : _____

إلى: مربية رياض الأطفال _____

من : ولي أمر الطفل / الطفلة (الإسم الشخصي واسم العائلة): _____

رقم الهوية : _____ تاريخ الولادة: _____

1. أنا ولي / ولية أمر الطفل أصرح بأن: (حدد/ ي الخيار المناسب):

☐ لست على علم بأي قيود صحية تمنع طفلي / طفلاتي من المشاركة في الأنشطة التي تقام في الروضة ونياابة عنها .

☐ يعاني طفلي / طفلاتي من قيود صحية تمنعه/ها من المشاركة الكاملة / الجزئية في الأنشطة التي تتم في رياض الأطفال ونياابة عنها ، على النحو التالي :

☐ أنشطة بدنية

☐ رحلات

☐ أنشطة أخرى

وصف المانع أو القيود : _____

الرجاء إرفاق شهادة طبية صادرة عن : _____

للفترة الزمنية : _____



מדינת ישראל
משרד החינוך

الخدمات الصحية الطلابية :

8. أناؤكد أنه كجزء من الخدمات الصحية الطلابية سيخضع طفلي أو طفلي للتحصن / الإرشاد:

☐ فحص الرؤية- العين الكسولة - اختبار غير جراحي. سيتم إعلام أولياء أمور الأطفال برسالة تفصيلية حول التحصن قبل الموعد الذي سيجري في رياض الأطفال الخاصة بهم.

☐ صحة الأسنان: تتبنى بعض رياض الأطفال برنامجاً لمنع تسوس الأسنان (إرشادات لتنظيف الأسنان). سيتم إعلام أولياء أمورهم حال وجود البرنامج في رياض الأطفال برسالة نصية بصورة مفصلة .

9. في حالة وجود مشكلة طبية يُمكننا الاتصال بـ:

صلة القرابة :-----الاسم الكامل-----رقم الهاتف:-----

صلة القرابة :-----الاسم الكامل-----رقم الهاتف:-----

10. ☐ أنا أوافق على تقديم المعلومات ذات الصلة إلى الطاقم التعليمي و / أو الطاقم الصحي في الروضة فيما يتعلق بالموضوع

الصحي لطفلي/ طفلي، وأتعهد/ تتعهد بإعلام مربّي/مربية الصف بأي تغيير أو تقييد سواء كان مؤقتاً أو



التاريخ _____ التوقيع _____

التاريخ: _____ التوقيع: _____