



Государство Израиль
Министерство образования

Исключительно перевод- не для заполнения

תרגום לרשומים בלבד-לא למילוי

Ежегодная декларация о состоянии здоровья

на _____ год

1. Название учебного заведения (детского сада\ яслей): _____

Город\ поселение _____ имя директора, воспитателя _____

Имя ученика (ф.и.): _____

номер удостоверения личности: _____ дата рождения _____

Я подтверждаю (отметить подходящий пункт)

- ☐ мне неизвестно об ограничениях по здоровью, которое не позволяет учащемуся участвовать в школьных мероприятиях и от его имени
- ☐ У моего сына/дочери есть ограничения по здоровью, которые препятствуют полному/частичному участию в мероприятиях, проводимых в детском саду и от его имени, а именно:

- ☐ Физическая деятельность
- ☐ Поездки, экскурсии
- ☐ другая деятельность

Подробности: _____

* К этой форме необходимо приложить медицинский документ с указанием медицинских ограничений ученика.

Кем выдан _____ на какой срок _____

2. Есть ли у ученика хронические проблемы со здоровьем?

Да /нет



Государство Израиль
Министерство образования

Эпилепсия, болезнь падения		Заболевание кишечника - болезнь Крона		Целиак - живот	
Проблемы кардиологии		Заболевания кишечника – колит		Сгустки крови - гемофилия	
Пересаженный орган		заболевание кожи		Сгустки крови - тромбоцитопения	
Злокачественное заболевание - химиотерапия		Мышечная дегенерация		G6PD недостаток анемия	
		Диабет 1 типа - юношеский диабет		Другая хроническая проблема	

Подробности. Приложить документ от врача специалиста

3. Регулярно ли студент принимает лекарства? **Да / нет**

указать какие лекарства _____

4. Есть ли у учащегося чувствительность к лекарствам? **Да/ нет**

Список лекарств: _____

5. Есть ли у ученика чувствительность к пище или другим веществам? **Да / нет**

орехи		молоко		Укус осы		дрожжи	
арахис		йод		бобы		миндаль	
Яйца		Латекс		Растения (тычинки)		Другое вещество / еда	
Глютен (пшеница)		соя		киви			
мед		жало пчелы		Клещи домашней пыли			
Рыба		Укус комара		Кунжут			



Государство Израиль
Министерство образования

Детали: _____

* При необходимости и по рекомендации врача иметь при себе личный шприц с адреналином.

6. Есть у ребенка с собой эпифенический шприц? Приложить документ от врача специалиста

7. Я знаю об ответственности о предоставлении соответствующей информации педагогическому персоналу / медицинскому персоналу детского сада\ яслей относительно состояния здоровья учащегося и обязуюсь уведомлять воспитателя о любых изменениях или ограничениях, временных или постоянных, которые будут относиться к его состоянию здоровья.

Медицинское обслуживание учащихся:

8. Я подтверждаю, что в рамках медицинского обслуживания учащегося мой сын/дочь будет проходить обследования/инструктажи:

- ☐ тест на зрение – неинвазивный тест. Родители детей получают четкое уведомление о дате тестирования в детском саду их детей.
- ☐ Здоровье зубов: В некоторых детских садах программа профилактики кариеса реализуется посредством контролируемой чистки зубов. Родители детей в детских садах, где будет проходить программа, получают подробное уведомление.

9. В случае проблем со здоровьем ученика свяжитесь с:

Родственная связь _____ Полное имя: _____ Номер телефона: _____

Родственная связь _____ Полное имя: _____ Номер телефона: _____

Я разрешаю предоставление информации и/или передачу декларации о состоянии здоровья педагогическому персоналу и/или медицинскому персоналу от имени Министерства здравоохранения и/или кому-либо от его имени относительно состояния здоровья моей дочери и обязуюсь: сообщить директору дошкольного учреждения любую важную медицинскую информацию или любые изменения или ограничения, временные или постоянные, которые будут применяться к состоянию здоровья моего сына/дочери.

Полное имя родителей _____

номер удостоверения личности _____

Дата _____ подпись _____

*Если родители разведены/разведены – необходима подпись каждого родителя.

Полное имя родителей _____

номер удостоверения личности _____

Дата _____ подпись _____