



Государство Израиль
Министерство образования

Исключительно перевод- не для заполнения

תרגום לרוסית בלבד-לא למילוי

Ежегодная декларация о состоянии здоровья на _____ год

Ежегодную декларацию о состоянии здоровья необходимо заполнять на каждого ученика индивидуально. Предоставление полной и подробной информации позволит педагогическому коллективу школы знать о различных медицинских ограничениях.

В следующих пунктах, где вы укажете, что существует проблема со здоровьем, уточните какая проблема и по возможности подробнее опишите.

Если в списке нет соответствующей записи, ее обязательно надо указать.

В декларации представлен список обычных вакцин и тестов, которые проводятся в учебном заведении соответствии с этапами обучения и по классам, предоставляемые ученикам.

Обязательно приложите все соответствующие медицинские документы.

Обведите «**да**» / «**нет**». Если вы отметили «да», заполните данные под вопросом.

Все пункты обязательны для заполнения.

Имя ученика: _____ номер удостоверения личности: _____

Класс: _____ Название учебного заведения: _____

i. Декларация родителей о состоянии здоровья ученика

1. Существует ли ограничение по здоровью, которое не позволяет учащемуся участвовать в школьных мероприятиях и от его имени?

Да/ нет

- Поездки, экскурсии
- Спортзал
- Физическая деятельность
- Школьные спортивные соревнования
- Другая деятельность



Государство Израиль
Министерство образования

Подробности: _____

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

2. Есть ли у ученика хронические проблемы со здоровьем?

Да /нет

- астма
- Злокачественное заболевание - химиотерапия
- Эпилепсия - болезнь падения
- Сердечная проблема
- Пересаженный орган
- Заболевания кишечника - болезнь Крона
- Диабет 1 типа - ювенильный диабет
- Заболевания кишечника – колит
- заболевание кожи
- Мышечная дегенерация
- Целиак - живот
- G6PD
- Сгустки крови - гемофилия
- Сгустки крови - тромбоцитопения
- Другая хроническая проблема _____

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

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

Список лекарств: _____

Детали: _____

5. Учащийся чувствителен к еде или другим веществам? **Да / нет**

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

- орехи
- медовый
- арахис
- Рыба
- Яйца
- Глютен (пшеница)
- Латекс



Государство Израиль
Министерство образования

- соя
- молоко
- жало пчелы
- йод
- Укус комара
- Укус осы
- Клещи домашней пыли
- бобы
- Кунжут
- Растения (тычинки)
- дрожжи
- миндалины
- Другое вещество / еда

Детали: _____

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

6. Есть у ребенка с собой шприц Автоинъектор эпинефрина (известный под торговой маркой EpiPen)?

ii. **Медицинские услуги для учеников, предоставляемые Министерством здравоохранения в соответствии с законом о государственном медицинском страховании.**

- Услуга предоставляется по округам Минздрава - [ссылка на программу](#) вакцинации школьников Минздрава
- Каждый год вы подписываете услуги, предоставляемые в соответствии с возрастной группой, в которой учится ваш ребенок:

клас с	оценка роста (измерени е массы тела и роста)	проверка зрения	проверка слуха	здоровь е полости рта и зубов	Введение вакцин
1	v	v	v	v	Комбинированная вакцина: (MMRV). против кори, краснухи и ветряной оспы
2		завершени е	завершени е	v	<ul style="list-style-type: none">• Комбинированная вакцина (Tdap+IPV):



Государство Израиль
Министерство образования

					Дифтерии, tetanus (столбняка), коклюша и полиомиелита* <ul style="list-style-type: none">• грипп
3				v	Грипп
4				v	Грипп
5				v	
6				v	
7	v			v	
8		v		v	<ul style="list-style-type: none">• Комбинированная вакцина (Tdap+IPV): Дифтерии, tetanus (столбняка), коклюша• Вакцинация против инфекций, вызванных вирусом папилломы (ВПЧ)**
9		завершени е		v	

Завершение прививок будет проводиться каждый год по мере необходимости, завершение скрининговых тестов (зрение и слух) будет проводиться в следующем году для учащихся, которые не прошли тестирование.

В специальном образовании вакцины назначаются в зависимости от возраста учащегося.

* Вакцину в Южном и Северном округах (Минздрав) также можно делать учащимся первых классов.

** Вакцина против папилломы в Южном, Центральном, Хайфском и Северном округах (без округа Цфат), первая доза будет введена в 7 классе.

*** Вакцина против гриппа – в системе специального образования вакцину вводят учащимся 1–6 классов. *Прививку против гриппа получают ученики с особыми потребностями 1-6 классов

7. Я подтверждаю, что в рамках медицинского обслуживания учащегося мой ребенок будет вакцинирован согласно программе вакцинации, установленной Министерством здравоохранения. **да / нет**

Если нет согласия на использование некоторых вакцин, укажите:

8. Была ли у учащегося особая реакция на вакцину? **Да / нет**



Государство Израиль
Министерство образования

Подробности:

9. Согласие на участие в скрининговых обследованиях) прохождение медицинского обследования) ученика в соответствии с его /ее возрастной группой в этом учебном году. **Да/ нет**

Если нет согласия на некоторые тесты, укажите:

10. Согласие на получение SMS и электронной почты о вакцинации, медицинских проверках и результатах тестов в рамках медицинского обслуживания учащихся.

Да / нет

11. В случае проблем со здоровьем ученика свяжитесь с:

Полное имя: _____ Номер телефона: _____

Полное имя: _____ Номер телефона: _____

Я даю согласие на предоставление соответствующей информации педагогическому персоналу и / или медицинскому персоналу школы относительно состояния здоровья учащегося и обязуюсь уведомлять классного руководителя о любых изменениях или ограничениях, временных или постоянных, которые будут относиться к его состоянию здоровья.

Полное имя заявителя _____

номер удостоверения личности _____

Дата подписания _____