



מדינת ישראל  
משרד הבריאות

## תסריח אוליאא האמור חול האالة الصأية 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 أُصرأ بأن: (أأء/ ي الأيار المناسب):

لست على علم بأي قيود صأية تمنع طفلي / طفلي من المشاركة في الأنشطة التي تقام في الروضة ونيابة عنها .

يعاني طفلي / طفلي من قيود صأية تمنعه/ ها من المشاركة الكاملة / الأئية في الأنشطة التي تتم في رياض

الأطفال ونيابة عنها ، على النحو التالي :

أنشطة بنية

رحلات

أنشطة أخرى

وصف المانع أو القيود : \_\_\_\_\_

الرجاء إرفاق شهادة طبية صادرة عن : \_\_\_\_\_

للفترة الزمنية : \_\_\_\_\_



מדינת ישראל  
משרד הבריאות

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

|                               |  |                        |  |                                 |  |
|-------------------------------|--|------------------------|--|---------------------------------|--|
| سيلياك حساسية الجلوتين        |  | أمراض بالأمعاء - كروهن |  | الصرع - أمراض السقوط            |  |
| أمراض تخثر الدم - الهيموفيليا |  | أمراض امعاء - كوليتس   |  | مشاكل قلب                       |  |
| نقص الصفائح الدموية           |  | أمراض جلدية            |  | زراعة أعضاء                     |  |
| حساسية الفول (G6PD)           |  | ضمور عضلات             |  | أمراض سرطانية - علاج<br>كيميائي |  |
| أمراض مُزمنة أخرى             |  | سكري أطفال نوع 1       |  |                                 |  |

التفاصيل: يرجى إرفاق وثيقة من طبيب مختص

3. هل يتناول/تتناول الطفل/ة الدواء / الأدوية بانتظام؟ نعم /لا

تفاصيل الدواء :

4. هل لدى الطفل/ة حساسية اتجاه الأدوية؟ نعم /لا

التفصيل :



מדינת ישראל  
משרד הבריאות

5. هل لدى الطفل /ة حساسية للطعام أو أو مركبات أخرى؟ نعم / لا

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

التفصيل:

- إذا لزم الأمر وبناءً على توصية من الطبيب، يجب حمل حقنة (إبينيفرين) شخصية .



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

\* يجب إرفاق وثيقة طبية من طبيب مختص.

7. أنا مسؤول/ة عن ضمان حصول طاقم الروضة على إرشادات بشأن الإسعافات الأولية المطلوبة لطفلي / طفلاتي في حالة الطوارئ بسبب حالته / ها الصحية.

(ينطبق هذا القسم فقط على الأطفال الذين تم تحديدهم على أنهم يعانون من مشكلة صحية) .



מדינת ישראל  
משרד החינוך

الخدمات الصحية الطلابية :

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

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

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

9. في حالة وجود مشكلة طبية يُمكننا الاتصال ب:

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 بالوضع

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

دائماً، والتي ستطبق على الحالة الصحية لابني / ابنتي.



מדינת ישראל  
משרד החינוך





מדינת ישראל  
משרד החינוך

אנא אוافק /תואףק עלı نقل المعلومات الواردة في هذا التصريح الطبي، الذي قمت بتعبئته، إلى الطاقم التعليمي و/أو الطاقم الصحي الطلابي نيابة

عن وزارة الصحة و/أو أي شخص ينوب عنها، لاستخدامها في كل ما يتعلق بالحالة الصحية لابني/ابنتي، وأتعهد/تتعهد بالإبلاغ عن أي تغيير أو

تقييد، مؤقت أو دائم، قد ينطبق على حالته/ها الصحية

اسم ولي الأمر \_\_\_\_\_ رقم الهوية \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_

.\*\* إذا كان الوالدان منفصلين / مطلقين - يلزم توقيع كل من الوالدين

اسم ولي الأمر: \_\_\_\_\_ رقم الهوية: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_