מדינת ישראל
משרד החינוך

تصريح أولياء الأمور حول الحالة الصحية لطفلهم في رياض الأطفال
للسنة الدراسية 2025-2026

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 أُصرح بأن :(حدد/ ي الخيار المناسب):

☐ **لست على علم بأي قيود صحية تمنع طفلي / طفلتي من المشاركة في الأنشطة التي تقام في الروضة ونيابة عنها .**

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

- ☐ **أنشطة بدنية**
- ☐ **رحلات**
- ☐ **أنشطة أخرى**

وصف المانع أو القيود :_____

الرجاء إرفاق شهادة طبية صادرة عن :_____

للفترة الزمنية : _____

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מדינת ישראל
משרד החינוך

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

☐ الصرع – أمراض السقوط	☐ أمراض بالأمعاء – كروهن	☐ سيلياك حساسية الجلوتين
☐ مشاكل قلب	☐ أمراض امعاء – كوليتس	☐ أمراض تخثر الدم – الهيموفيليا
☐ زراعة أعضاء	☐ أمراض جلدية	☐ نقص الصفائح الدموية
☐ أمراض سرطانية – علاج كيميائي	☐ ضمور عضلات	☐ حساسية الفول (G6PD)
	☐ سكري أطفال نوع 1	☐ أمراض مُزمنة أُخرى

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 : _____

_____

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מדינת ישראל
משרד החינוך

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

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

التفصيل: _____

_____

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

.

6 هل يحمل / تحمل الطالب / الطالبة حقنة الحساسية (ايبينفرين) 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 / طفلتي 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. **أناأؤكد أنه كجزء من الخدمات الصحية الطلابية سيخضع طفلي أو طفلتي 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 (ارشادات لتنظيف الاسنان). سيتم إعلام أولياء أمورفي 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 بالوضع الصحي لطفلي/ طفلتي، وأتعهد/ تتعهد بإعلام مربي/مربية الصف بأي تغيير أو تقييد سواء كان مؤقتًا أو دائما، والتي ستنطبق على الحالة الصحية لابني / ابنتي.**

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מדינת ישראל
משרד החינוך

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – המוסרו שלא כדין עובר עבירה

מדינת ישראל
משרד החינוך

أنا أوافق /توافق على 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 : _____

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – המוסרו שלא כדין עובר עבירה