מדינת ישראל
משרד החינוך

تصريح أولياء الأمور حول الحالة الصحية لطفلهم في رياض الأطفال
للسنة الدراسية 2026-2027

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

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

الجوز	الحليب	لدغة الدبور	الخميرة
الفول السوداني	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.

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 : _____