



2020/2021

תמודג תסריח الأهل حول الوضع الصحيّ لابنهم في المدرسة

اسم المدرسة: _____ البلدة: _____
إلى: مربي/ة الصفّ السيّد/ة _____
من: أهل التلميذ/ة _____
الاسم الشخصي _____ هوية رقم _____ الصّفّ _____
تاريخ الولادة: _____ الجنس: ذكر/ أنثى _____
العنوان: _____
عنوان البريد الإلكتروني: _____
اسم الأم: _____ رقم هاتفها الجوّال: _____
اسم الأب: _____ رقم هاتفه الجوّال: _____

1- أصرّح بأنّ (أشر إلى الاحتمال الصحيح):

- لا علم لي بعوائق صحيّة التي تمنع ابني/ ابنتي من المشاركة في كلّ الفعاليّات التي أعدت في المدرسة أو من قبلها.
- يوجد لابني/ ابنتي مشاكل صحيّة تمنع من اشتراكه/ ها بشكل كليّ/ جزئيّ في فعاليّات المدرسة أو من قبلها، نحو:
 - نشاط جسدي
 - نشاط في غرفة اللياقة البدنيّة
 - رحلات
 - مسابقة رياضيّة للمدرسة
 - فعاليّة أخرى: _____
 - وصف المشكلة: _____بناءً على ذلك مرفق تصريح طبيّ من قبل: _____
للفترة: _____
- توجد لدى ابني/ ابنتي مشكلة صحيّة مزمنة (نحو؛ ربو، سكّري، صرع، حساسيّة للطعام، مرض خبيث، غير ذلك). نعم/ لا.
وضّح ما هي المشكلة الصحية وهل تمنع الطالب من المشاركة بالفعاليّات:

4. يتناول/ تتناول ابني/ ابنتي دواءً/ أدوية بشكل دائم: نعم/ لا.

وضّح: _____

5. يعاني/ تعاني ابني/ ابنتي من حساسيّة للأدوية أو للطعام: نعم/ لا.

وضّح: _____

إذا اخترتم الإجابة بـ "نعم" على الأقل سؤال واحد من البنود 2-5 الرجاء ارسال المستندات التالية:

- تصريح طبي حديث، صلاحيته جارية لسنة التعليم الحالية، يشير للمشكلة الصحيّة / الحساسيّة للأدوية أو للطعام.
- تصريح طبي يصف ماهيّة المشكلة الصحية وكيفية التعامل معها في المدرسة، يشمل العوائق الناتجة عن المرض.

أعطي التصريح من قبل: _____ لمدة: _____

2. التزم بإعلام مرّبة/ة الصفّ بأيّ تغيير أو مشكلة مؤقّته أو دائمة تطرأ على الوضع الصحيّ لابني/ ابنتي

3. أصادق على إعطاء الطاقم التربويّ و/ أو الطاقم الصحيّ معلومات بكلّ ما يتعلّق بوضع ابني/ ابنتي الصحيّ.

4. فيما يلي معلومات إضافية تتعلّق بالوضع الصحيّ لابني أريد إعلام المدرسة بخصوصها:

5. أصادق بأنني على علم أنّه ضمن إطار الخدمات الصحيّة للتلميذ سيتناول/ ستتناول ابني/ ابنتي تطعيمًا وفق برنامج التطعيمات المقرّر من قبل

وزارة الصحّة كالتالي:

- صف الأول: تطعيم ضدّ تطعيم ضدّ الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية وجذري الماء (MMRV)
- صف الثاني: تطعيم ضدّ الخناق (دفتيريا)، الكزاز (تيتانوس)، السعال الديكي وشلل الأطفال (Tdap-IPV) + تطعيم ضدّ الانفلونزا
- صف الثالث: تطعيم ضدّ الانفلونزا
- صف الرابع: تطعيم ضدّ الانفلونزا
- صف الثامن: تطعيم ضدّ الخناق (دفتيريا)، الكزاز (تيتانوس) والسعال الديكي (Tdap) + تطعيم ضدّ الورم الحليمي (بابيلوما-HPV).

6. أصادق على إعطاء ابني/ ابنتي التطعيمات المقرّرة وفق هذا البرنامج، ما لم أعلم ممّرضة المدرسة خطيًّا عن معارضي. وألتزم بإرسال بطاقة التطعيمات على النحو المطلوب.

7. لابني/ لابنتي ردّ فعل استثنائيّ نتيجة إعطائه/ ها تطعيمًا. نعم/ لا.

إذا كانت الإجابة نعم، وضّح أيّ تطعيم: _____

وصف ردّ الفعل: _____

8. أصادق على أنّه ضمن إطار الخدمات الصحيّة للتلميذ سيُجري/ تُجري ابني/ ابنتي فحوصات تحت إشراف طاقم الصحّة، إلّا إذا لم أعلن

خطيًّا عن معارضي على ذلك لممّرضة المدرسة.

9. أوافق على فحص الفم والاسنان لابني/ ابنتي على يد طبيب الاسنان، وان يتم ارشاده/ ارشادها على كيفية الحفاظ على سلامة الفم والاسنان

من قبل اخصائية صحة الاسنان.

10. أوافق على استقبال الرسائل النصية عن طريق الهاتف (SMS) بما يتعلّق بالفحوصات الطبية والتطعيمات التي سيتلقاها/ ستلقاها ابني/ ابنتي

ضمن إطار الخدمات الصحية للتلميذ.

11. الرجاء التوجه في وقت الضائقة بسبب المشكلة الصحيّة المزمّنة ل:

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____

توقيع الأهل

أسماء الأهل

التاريخ

نموذج طلب معلومات وتوجيهات من الطبيب المعالج حول تلاميذ في حالات صحية خاصة

إلى: الطبيب المعالج

نشكرك على توفير المعلومات الطبية اللازمة للطواقم التربوي، بهدف الاستعدادات للدوام المدرسي وإعطاء مساعدة وقت الحاجة أثناء الدوام، وأيضاً للحالات الطارئة والناعبة من وضع التلميذ الصحي والذي يتطلب مساعدة أو مراجعة ملائمة من قبل طاقم المؤسسة التربوية.

اسم الولد: _____ رقم الهوية: _____

تاريخ الولادة: _____ العنوان: _____

التشخيصات

المراجعة المطلوبة أثناء الدوام المدرسي

العلاج والمساعدة الموصي بهما عند الطوارئ (يجب التوضيح: مستحضر، جرعة وموعد الاستعمال الموصي به)

اسم الطبيب: _____ التوقيع والختم: _____ تاريخ: _____

نموذج تصريح الاهل حول سلامة الطالب وعدم وجود عوائق صحية تمنعه من المشاركة في الفعاليات المدرسية اللامنهجية

اسم الولد: _____ رقم الهوية: _____

نوع الفعالية: _____

تاريخ الفعالية: _____

أصرح بذلك ان ابني / ابنتي لا يعاني من وضع صحي حالي (مثل: حم، اسهال، تقيؤ او ضيقة نفس...) كما انه لا علم لي بعوائق صحية تمنع ابني / ابنتي المشاركة بالفعالية المذكورة أعلاه.

في حال حدوث مشكلة صحّية اثناء الفعالية الرجاء التواصل مع:

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____

توقيع الأهل

أسم الأهل

التاريخ