



تصريح شخصي عن صحة الطالب

إلى مربّي/ة الصف: _____.

من ولي أمر الطالب / ة: _____

رقم الهوية

الاسم الشخصي والعائلة

الصف

أصرح بهذا بان:

لا علم لي بوجود مشكلة صحية لدى ابني / ابنتي تمنعه /ها من الاشتراك بأية فعالية في المدرسة أو من قبلها.

1. يوجد لابني/ ابنتي مشكلة صحية تمنعه/ها من الاشتراك الكامل أو الجزئي بفعالية مطلوبة في

المدرسة أو من قبلها:

- فعالية جسمانية.

- رحلات.

- فعالية أخرى: _____.

- وصف المشكلة

الصحية: _____.

مرفق شهادة طبية من قبل: _____.

لمدة: _____.

2. يوجد لابني/ لابنتي مشكلة صحية مزمنة (مرض مزمن) مثل أزمة، سكري، صرع الخ.

مرفق شهادة طبية من قبل: _____ لمدة

_____:

في حالة حدوث طارئ لابني / لابنتي له علاقة بالمشكلة الصحية يمكن التوجه إلى:

رقم تلفون

عنوان

اسم



3. أصرح بانه معلوم لدى بان وزارة الصحة تعطي تطعيما للطلاب في المدارس، حسب برنامج التطعيم المقرر من قبلها والمعلن عنه في الصحف في بداية السنة الدراسية.
4. أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي التطعيمات حسب البرنامج المذكور أعلاه، إلا إذا أعلمت مربّي الصف أو ممرضة المدرسة كتابيا عن معارضي التطعيم، كما التزم بإرسال بطاقة التطعيمات كالمطلوب.
5. أتعهد بان اعلم مربّي الصف أو ممرضة المدرسة، بوجود احد أبناء العائلة الذين يعيشون مع الطالب يعاني من حالة صحية تمس بجهاز المناعة (نتيجة مرض أو علاج كيميائي) والذي قد يتأثر من التطعيم الذي سيعطى للطالب في المدرسة.
6. لا علم لي بوجود عوارض خاصة لابني/ ابنتي عند إعطاءها/ها التطعيم في السابق.
7. أوافق على ان يفحص ابني/ ابنتي طبيب بنطاق الخدمات الصحية بالمدرسة، إلا إذا أعلمت ممرضة المدرسة عن معارضي لذلك خطيا. إنا على علم بأهمية حضوري للفحص والتزم بالحضور، انا موافق/ موافقة على أن يتم الفحص بحضور شخص بالغ آخر في حالة عدم إمكاني من الحضور.
8. أتعهد بان اعلم مربّي الصف عن كل تغيير مؤقت أو دائم قد يطرأ على وضع ابني/ ابنتي الصحي.
9. أوافق على إعطاء معلومات صحية لمعلمي المواضيع، التي قد يؤثر اشتراك ابني/ ابنتي الفعال بها على صحته.
10. معلومات إضافية بخصوص صحة ابني/ ابنتي وبودي ان أعلن عنها للمدرسة:

توقيع أولياء الأمور

اسم أولياء الأمور

تاريخ