

תסריח ען וזע الطالب الصحي

المدرسة _____ مكان السكن _____

حضرة مربىة/ة الصف السيد/ة _____

من ولى أمر الطالب/ة _____

الاسم الشخصي العائلة رقم الهوية الصف

اصرح ما يلي :-

١- لا علم لي بموانع صحية تمنع ابني/ابنتي من الاشتراك بجميع الفعاليات التي تجري في اطار المدرسة وعن طريقها.

٢- توجد لدى ابني/ ابنتي موانع صحية التي تمنع اشتراكه/اشتراكها بشكل تام او جزئي في جميع الفعاليات المطلوبة في المدرسة أو وعن طريقها، كما يلي :

- فعاليات جسمانية

- رحلات

- فعاليات اخرى _____

وصف الموانع _____

مرفق طيه تصريح طبي أعطي على يدي _____
للفترة الزمنية _____

٣- توجد لابني/ابنتي موانع صحية مزمنة (مثل الاسم - سكري الطفولة _ صرع وغيرها)

مرفق تصريح طبي أعطي على يد _____
للفترة _____

الاسم , العنوان ورقم الهاتف للتوجه في حالة حدوث أزمة صحية نتيجة للموانع الصحية:

٤- أصادق بذلك بانه معروف لي أن وزارة الصحة تتمشي حسب خطة تطعيم الطلاب في جميع المدارس حسب قرار المدرسة والتي تنشر من قبلها في صحف خلال السنة الدراسية.

٥- أصادق بهذا على إعطاء التطعيم الملائم لابني/ابنتي حسب هذه الخطة الا في حالة معارضتي كذلك عن طريق ابلاغ خطي مني لمربي الصف أو لممرضة المدرسة.

6- أتعهد بأخبار مربِّي الصف أو الممرضة في المدرسة في حالة تواجد معاناة صحية عند أحد أفراد العائلة الذين يعيشون مع الطالب مما يشوش جهاز المناعة (نتيجة مرض أو علاج طبي معين) والذي سيؤثر بشكل سلبي على الوضع نتيجة التطعيم .

7- أصادق بأنه في إطار اعطاء الخدمات الصحية للطالب سيواجه كل من ابني/ابنتي فحوص طبية معينة الا في حالة اعلامي الخطي عن المعارضة للمرضة المدرسة.

8- أتعهد بإبلاغ مربِّي الصف عن كل تغيير أو موانع مؤقتة أو دائمية تحدث في الوضع الصحي لابني/ابنتي .

9- أتعهد باعطاء جميع المعلومات الصحيحة والكافية لجميع المعلمين المسؤولين عن جميع المواضيع التي لها اي علاقة بوجود موانع صحية عند ابني/ابنتي.

التوقيع	اسم ولي الامر	تاريخ
---------	---------------	-------

(يعطى هذا التصريح لمربِّي الصف في مغلف مغلق)