

**Arabische Übersetzung des Formulars " Mitteilung an die Eltern und an die Jugendlichen über die obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen" / Ausgabe 2021**

**معلومات إلى كل الوالدين والناشئين  
بشأن الفحوصات الطبية المدرسية الإلزامية**

إلى كل الوالدين والناشئين

تحية طبية،

توجد في البلديات التابعة لكانتون برن طبقاً للأحكام القانونية إدارة للخدمات الصحية المدرسية من مهامها مراقبة الظروف الصحية في رياض الأطفال والمدارس العمومية والخاصة أثناء أوقات الدروس الإلزامية.

تتم مراقبة الوضع الصحي للأطفال في الفصل الأول من السنة الثانية في رياض الأطفال (أو في حال عدم القيام بذلك في السنة الثانية في رياض الأطفال) يتم إجراء ذلك في الفصل الأول من السنة الأولى الابتدائية) وفي السنة الرابعة من التعليم الابتدائي وفي الفصل الثاني من السنة الثانية من التعليم الثانوي 1 من خلال إجراء فحوصات طبية مدرسية. تجدون على ظهر الصفحة معلومات حول مضمون هذه الفحوصات وحجمها. بالنسبة للأطفال الجدد الذين التحقوا بالمدرسة يتم إجراء الفحوصات الطبية المدرسية الناقصة لاحقاً.

الفحوصات الطبية المدرسية هذه إلزامية ويمكن إجراؤها سواء مجاناً عند طبيبة / طبيب المدرسة أو عند طبيبة / طبيب الأسرة يتحمل فيها الوالدان تكاليف هذا الفحص. في هذه الحالة يجب تقديم شهادة (أنظر ظهر الصفحة) من طرف طبيبة / طبيب الأسرة يقرّ فيها إجراء هذا الفحص (أو تحديد موعد الفحص الطبي). يجب تقديم هذه الشهادة لطبيبة / طبيب المدرسة أسبوعاً قبل موعد الفحص الطبي المدرسي. إذا لم تتوفر هذه الشهادة يوم الفحص الطبي المدرسي: فسيقوم طبيبة / طبيب المدرسة بإجراء الفحص الطبي الإلزامي.

يشمل الفحص الطبي المدرسي أيضاً مراقبة التطعيمات. يمكن لطبيبة / طبيب المدرسة القيام بالتطعيمات الضرورية بعد أخذ موافقتكم الكتابية أو يتم إرشادكم بالقيام بهذه التطعيمات الضرورية عند طبيبة / طبيب الأسرة.

في حال اكتشاف اضطرابات صحية في إطار الفحص الطبي المدرسي يتم إعلامكم بذلك من طرف طبيبة / طبيب المدرسة لمراجعة طبيب / طبيبة العام بشأن التوضيح والعلاج. إدارة الخدمات الصحية المدرسية ليست مسؤولة عن التوضيح والعلاج.

طبيبة / طبيب المدرسة تحت تصرفكم لإرشادكم في كل المسائل الصحية لطفلكم التي لها علاقة بالمدرسة.

Die Schulärztin/der  
طبيبة / طبيب المدرسة:  
Schularzt: /

Vorgesehener Termin der schulärztlichen Unter-  
suchung durch die Schulärztin/den Schularzt: /  
الموعد المحدد للفحص الطبي المدرسي من طرف طبيبة / طبيب المدرسة:

يجب توزيع هذه الاستمارة من قبل مدرسي / مدرسات المدرسة الابتدائية قبل شهر على الأقل من الموعد المحدد للفحص الطبي المدرسي.

**أنظر ظهر الصفحة!**

حجم الفحوصات الطبية المدرسية الالزامية ومضمونها طبقاً للأمر بتاريخ 8 يونيو 1994 حول الخدمات الطبية المدرسية  
(المعدل بتاريخ 22 مايو 2013)

- السنة الثانية لرياض الأطفال
- جمع معلومات حول أمراض الأطفال السابقة بالتعاون مع الوالدين باستعمال استمارة الأسئلة أو عن طريق لقاء مع الوالدين؛
  - مراقبة التطعيمات التي تم إجراؤها حتى الآن أو تقديم النصائح أو إجراء التطعيمات؛
  - فحص العينين وحاسة السمع (استخدام طريقة قياس السمع إلزامية)؛
  - تسجيل كل النقصان الصحية التي لها علاقة بالمدرسة خاصة منها المتعلقة بالحركة واللغة والنمو؛
  - قياس القامة والوزن.
- السنة الرابعة من التعليم الابتدائي
- جمع معلومات حول أمراض الأطفال السابقة بالتعاون مع الوالدين باستعمال استمارة الأسئلة أو عن طريق لقاء مع الوالدين؛
  - مراقبة التطعيمات التي تم إجراؤها حتى الآن أو تقديم النصائح أو إجراء التطعيمات؛
  - فحص العينين وحاسة السمع (استخدام طريقة قياس السمع إلزامية)؛
  - فحص لجهاز الحركة، خاصة فيما يتعلق بانحراف العمود الفقري وانحراف الحوض والوقوف السليمة؛
  - قياس القامة والوزن.
- السنة الثانية من التعليم الثانوي الدرجة 1
- إجراء لقاء مع الناشئ أو الناشئة حول مسائل تتعلق بالصحة والسلوك باستعمال استمارة الأسئلة يملؤها الناشئ أو الناشئة؛
  - مراقبة التطعيمات التي تم إجراؤها حتى الآن أو تقديم النصائح أو إجراء التطعيمات؛
  - فحص العينين وحاسة السمع (استخدام طريقة قياس السمع إلزامية)؛
  - فحص ضغط الدم مع مراعاة ارتفاع ضغط الدم؛
  - قياس القامة والوزن.

بإمكان طبيبة أو طبيب المدرسة أثناء كل فحص طبي مدرسي إجراء فحوصات طبية أخرى أو تسديد النصائح وذلك بطلب من الوالدين أو الناشئ/الناشئة وبعد أخذ موافقتهم.



**Bestätigung der Hausärztin/des Hausarztes über die schulärztliche Untersuchung, die wie**

**oben beschrieben durchzuführen ist: \*** / شهادة طبيب/طبيبة المدرسة حول الفحص الطبي المدرسي التي سيتم إجراؤها كما هو مذكور أعلاه: \*

Hiermit bestätige ich, dass ich die obligatorische schulärztliche Untersuchung gemäss Verordnung

vom 8. Juni 1994 über den schulärztlichen Dienst bei / الموقع أسفله أقربائي أجريت الفحص الطبي المدرسي الإلزامي طبقاً للأمر المؤرخ بـ 8 يونيو 1994 حول الخدمات الطبية المدرسية

Name: / الاسم العائلي: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: / تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

Name/Vorname der Eltern: / الاسم الكامل للوالدين: \_\_\_\_\_

Adresse: / العنوان: \_\_\_\_\_

durchgeführt habe oder أجريته أو

am \_\_\_\_\_ يوم \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Haus-  
ärztin/des Hausarztes: /  
طبيب الأسرة:

Ort und Datum: / المكان والتاريخ:

\* يجب إرسال أو تقديم الشهادة أسبوعاً قبل موعد إجراء الفحص الطبي المدرسي من طرف طبيبة/طبيب المدرسة.