



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Gesundheitsamt
Kantonsärztlicher Dienst
Schulärztlicher Dienst

Arabische Übersetzung des Formulars „Mitteilung an die Eltern und an die Jugendlichen über die obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen“ / Ausgabe 2026

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

إلى كل الوالدين والناشئين

تحية طيبة،

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 يقر 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 طبيبة / طبيبة العائلة 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

Vorgesehener Termin der schulärztlichen
Untersuchung durch die Schulärztin/den
Schularzt: طبيبة / طبيب المدرسة:

Die Schulärztin/der Schularzt:

سنة: الموعد المحدد للفحص الطبي المدرسي من طرف طبيبة / طبيب المدرس

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

Inhalt der obligatorischen schulärztlichen Untersuchungen gemäss Verordnung vom 1. August 2026 über den schulärztlichen Dienst

- 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 النقائص 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 باستمارة 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:

*:أعلاه المبين النحو على إجراؤه يجب الذي، المدرسي الطبي الفحص بشأن الأسرة طبيب من تأكيد *

Hiermit bestätige ich, dass ich die obligatorische schulärztliche Untersuchung gemäss Verordnung vom 1. August 2026 über den schulärztlichen Dienst bei

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse _____ Schulhaus: _____

Name/Vorname der Eltern: _____

Adresse: _____

☐ durchgeführt habe oder

☐ am _____ durchführen werde.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift
der Hausärztin/des Hausarztes: