## 

**ΥΠΑΝ ΔΔΕ 19**

جمهوريه قبرص

**وزاره التربيه و التعليم وزاره الصحه****، الخدمات الطبيه**

**الرياضه و الشباب و خدمات الصحه العامه**

**المدرسه الابتدائيه\الحضانه\ المدرسه الخاصه**:......................................................................

**العام الدراسي:**...............................................................................................................

**زياره موظفي الصحه للمدرسه**

اعزائي اولياء الامور\الاوصياء

في اطار محاولات وزاره الصحه لتأمين صحه الاطفال**،** فان موظفي الصحه بالتعاون مع وزاره التربيه و التعليم، الرياضه و الشباب يقوموا بزياره المدارس للقيام بفحوصات وقائيه للاطفال و التي تتم بصفه دوريه اثناء فتره دراستهم. تلك الفحوصات تساعد علي تقييم و متابعه صحه الابناء من خدمه الصحه المدرسيه**،** بهدف الكشفالمبكر**،** المواجهه ولغرض متابعه المشاكل ذات الصله.

تتم الفحوصات بسريه تامه بهدف اساسي تأمين فرديه و كرامه الطفل**،** و تتضمن فحص جهاز القلب و الاوعيه الدمويه (علي سبيل المثال التضخم**،** عدم انتظام ضربات القلب) **،** الجهاز التنفسي**،** منطقه البطن**،** الجهاز البولي للاطفال الذكور(لاستبعاد الخصيه المنكمشه او الشبم) **،** العمود الفقري (علي سبيل المثال الحداب او انحراف العمود الفقري جانبيا) **و** تجوبف الفم. بالاضافه الي ذلك يتم قياس الجسم**،** الكشف عن قوه الابصار و السمع**،** واذا لزم الامر الكشف عن عمي الالوان.

**سيقوم موظفي الصحه بزياره المدارس في يوم............................ و سيتضمن ذلك الكشف علي تلاميذ\تلميذات فصول ............. نود الاشاره ان لكم كل الحق التواجد عندما يتم الكشف الطبي علي ابنكم.**

نود الاشاره احتماليه عدم اتمام زياره موظفي الصحه**،** في اليوم المحدد**،** بسببعدم تمكن موظف الصحه او بسبب انشطه مدرسيه اخري. لهذا الغرض يتعين عليكم اذا اردتم التواجد في اثناء الكشف الطبي لابنكم**،** الاتصال بسكرتير المدرسه في صباح ذلك اليوم المحدد للتأكد من قيام موظف الصحه بزياره المدرسه من عدمه.

**ملحوظه**: سيتم اجراء الكشف الطبي علي ابنكم فقط اذا اعطيتم موافقتكم علي النموذج المرسل لكم من هيئه الصحه المدرسيه**،** عبر المدرسه **،** وذلك عند بدء العام الدراسي.