

## موافقة الوالد على التطعيم ضد فيروس كورونا كوفيد 19 - الأعمار 12 سنة وما فوق

### تفاصيل الطفل/ة الملقح/ة:

رقم بطاقة الهوية	اسم العائلة	الاسم الشخصي
	صندوق المرضى	سنة الولادة

1. أؤكد أن ابني/ابنتي تبلغ من العمر 12 عامًا, ولم تبلغ 18 عامًا بعد.
2. أوافق على إعطاء طفلي/طفلتي لقاحاً ضد فيروس كورونا.
3. معلوم لدي أنه لن يتم تطعيم ابني/ابنتي رغماً عنه/ها.
4. معلوم لدي أنه يجب على ابني/ابنتي تقديم بيانات حول حالته/حالتها الصحية قبل تلقي التطعيم, الحساسيات والحساسية للأدوية والطعام.
5. عانى ابني/ابنتي من رد فعل تحسسي غير طبيعي للقاح في الماضي: **نعم/ لا** (أحط بدائرة).  
إذا كان الأمر كذلك, يرجى التفصيل:

6. ابني/ابنتي كانت مريضة بكورونا في الماضي: **نعم/ لا** (أحط دائرة). لو كان الأمر كذلك,  
يرجى تحديد والإشارة إلى تاريخ الشفاء:

7. لقد قرأت و/أو أعلم أن هناك - معلومات حول اللقاح على موقع وزارة الصحة:

[/https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home-ar](https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home-ar)

8. معلوم لدي أن ابني / ابنتي يجب أن يبقى في مكان التطعيم لمدة 15 دقيقة تقريباً بعد إعطاء التطعيم للإشراف, أو 30 دقيقة إذا كان لديه / لديها حساسية أو حساسية خاصة وفقاً لتعليمات وزارة الصحة.
9. معلوم لدي أنه يجب التوجه للحصول على العلاج الطبي أو استشارة الطبيب/ة إذا ظهرت ردود فعل على اللقاح بعد تلقيه, أو إذا تغيرت الحالة الجسدية لابني/ابنتي بأي شكل من الأشكال بعد تلقي التطعيم.

### تفاصيل الوالدة/ة:

رقم بطاقة الهوية	اسم العائلة	الاسم الشخصي
		هاتف محمول
		التاريخ
		التوقيع

\* أرفق بهذه الشهادة صورة من بطاقة هوية أحد الوالدين ومرفق بطاقة هوية تظهر فيها تفاصيل الابن/الابنة.

شارع هيلادا 5, أور يهودا, هاتف. 03-6300222, الموقع: [www.mdais.org](http://www.mdais.org)