



تصريح بموافقة أولياء الأمور على إجراء فحص كورونا الذاتي على ابنائهم وبناتهم في المدرسة للكشف عن المستضدات (الاشتباه بالعدوى)

المدرسة (العنوان كاملاً):

معلومات الطالب(ة)

تاريخ الولادة:

الاسم:

الكنية:

معلومات ولي الأمر:

الاسم:

الكنية:

رقم المنزل:

عنوان السكن - اسم الشارع:

المدينة:

الرمز البريدي (PLZ):

رقم الهاتف وأوقات الاتصال الممكنة:

تصريح بالموافقة على إجراء فحص كورونا الذاتي في المدرسة لابني/ابنتي

أوافق بموجبه على إجراء ابني/ابنتي لفحص كورونا الذاتي في المدرسة.

كما أصرح أنني على علم بأنه في حال كانت نتيجة الفحص إيجابية يجب عليّ أن آخذ ابني/ابنتي من المدرسة بأسرع وقت ممكن إلى المنزل فوراً ليبقى/لتبقى فيه من أجل إجراءات الحجر.

وأصرّح بأنني سأتصل بطبيب الأسرة الخاص بي أو بمركز اختبار كورونا لإجراء اختبار تفاعل البوليميراز المتسلسل PCR على ابني/ابنتي من أجل تأكيد الإصابة أو نفيها.

المدرسة ستبلغ مديرية الصحة المحلية بنتيجة الفحص الذاتي في حال كانت إيجابية.

هذا التصريح اختياري ويمكن إلغاؤه في أي وقت لإبطال أثره القانوني مستقبلاً.

في حال رغبتني بإلغاء هذا التصريح فيجب أن أرسل خطاب الإلغاء إلى المدرسة – عنوان المدرسة:

في حال لم أقدم هذه التصريح لن يكون هناك أي ضرر بالنسبة لي.

المدينة والتاريخ وتوقيع ولي الأمر

ملاحظة حسب المادة 13 من قانون حماية البيانات الشخصية: في حال كانت نتيجة الفحص الذاتي إيجابية فسيتم تحويل البيانات الشخصية لابنكم أو ابنتكم إلى مديرية الصحة المعنية وذلك عملاً بقانون الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها.