

المدرسة	
الاسم، الاسم الأول للتلميذ/ التلميذة	تاريخ الميلاد

## موافقة مستنيرة لأولياء أمور أو أوصياء الأطفال المشاركين في الاختبارات الذاتية الطوعية لفحص فيروس كورونا المستجد في المدرسة

لقد تقيت وقرأت المعلومات المكتوبة حول الاختبارات الذاتية لفحص فيروس كورونا المستجد في المدارس بالإضافة إلى المعلومات الخاصة بحماية البيانات.

أوافق على أن طفلي

\_\_\_\_\_، [الاسم]، [الفصل الدراسي]

يشارك في الاختبار الذاتي لفحص فيروس كورونا المستجد، وعلى السماح بإطلاع الشخص القائم على الإشراف على نتيجة الاختبار وعلى تخزين البيانات اللازمة لذلك.

أنا على دراية بأن المشاركة في الاختبارات تطوعية ويمكنني سحب موافقتي في أي وقت دون إبداء الأسباب. لا يؤدي الإلغاء اللاحق للموافقة إلى حذف نتائج الاختبار الإيجابية التي نقلت إلى مكتب الصحة المختص بسبب التزامات الإبلاغ القانونية.

يمكن للفصل الدراسي لطفلي الوصول إليّ في أيام الاختبار عبر الهاتف أو أرقام الهواتف الجوال التالية:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

في حالة نتيجة الاختبار الذاتي الإيجابية، سأؤكد من إمكانية اصطحاب طفلي على الفور بعد إبلاغي من قبل المدرسة أو إرساله إلى المنزل بعد التشاور معكم. سأقوم على الفور بالترتيب لإجراء اختبار الأجسام المضادة "PoC" في مركز اختبار سريع مُكلف من الدولة. سأبلغ المدرسة بالنتيجة في أقرب وقت ممكن.

توقيع ولي الأمر الأول

المكان والتاريخ

توقيع ولي الأمر الثاني

المكان والتاريخ