



استمارة الموافقة على إجراء فحص (PCR) للطالب في المدرسة

اسم الطالب: _____
رقم هوية الطالب: _____
الرقم المدرسي للطالب (اختياري): _____
اسم المدرسة: _____

أنا، _____ الموقع أدناه، أقر بأنني:

- أوافق على إجراء فحوصات (PCR) لطفلي في المدرسة، والتي يتم إجراؤها من قبل كادر مرخص من دائرة الصحة.
- أخلي مسؤولية دائرة التعليم والمعرفة، ودائرة الصحة -أبوظبي، والمدرسة من أي آثار تترتب على قراري بالموافقة على إجراء فحص (PCR) في المدرسة لطفلي.
- لا مانع لدي من مشاركة نتيجة فحص طفلي مع المدرسة والجهات الحكومية المعنية.

هذا الجزء مخصص لأولياء أمور الطلبة بعمر أقل من 12 عام والطلبة أصحاب الهمم.

أوافق على إجراء فحص (PCR) حسب النوع المحدد أدناه:

مسحة الأنف

فحص اللعاب

	التوقيع
	اسم ولي الأمر / الوصي القانوني
	رقم الهاتف المتحرك (لاستلام النتيجة)
	التاريخ

ملاحظات:

*توقع هذه الوثيقة من قبل ولي أمر / الوصي القانوني للطلبة دون سن 21
*تعتبر هذه الاستمارة شرط لحصول الطالب على فحص (PCR) في المدرسة.