



نموذج الموافقة على فحص كوفيد-19

يتم إكمال هذا النموذج من قبل ولي أمر الطالب أو الوصي على الطالب

معلومات ولي أمر الطالب أو الوصي على الطالب

سيتم إبلاغك بنتائج الفحص كتابياً في وقت الفحص

اسم ولي الأمر / الوصي Parent Name		
رقم الهاتف المحمول لولي الأمر Parent Mobile Number		
الإيميل الإلكتروني Parent Email		
معلومات الطالب		
Student Name اسم الطالب/ة	رقم الطالب ID	
Home Address عنوان المنزل	City المدينة	
الرمز البريدي ZIP Code	County المقاطعة	
تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر) (MM/DD/YYYY)	الصف الدراسي Grade	
Student Name اسم الطالب/ة	رقم الطالب ID	
Home Address عنوان المنزل	City المدينة	
الرمز البريدي ZIP Code	County المقاطعة	
تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر) (MM/DD/YYYY)	الصف الدراسي Grade	
Student Name اسم الطالب/ة	رقم الطالب ID	
Home Address عنوان المنزل	City المدينة	
الرمز البريدي ZIP Code	County المقاطعة	
تاريخ الميلاد (سنة/يوم/شهر) (MM/DD/YYYY)	الصف الدراسي Grade	

الموافقة

من خلال إكمال هذا النموذج وإعادته إلى المدرسة، فإنني أؤكد أنني أحد الوالدين أو الوصي على الطالب المذكور/الطلاب المذكورين أعلاه، وأنني أوافق على السماح بفحص الطالب للفحص عن كوفيد-19 عن طريق مسحة الأنف الضحلة خلال العام الدراسي 2020-2021. قد يتم تقديم اختبار كوفيد-19 للطلاب في حالتين: 1- إذا ظهرت على الطالب (الطلاب) أعراض جديدة لكوفيد-19 أثناء تواجدهم بالمدرسة 2- إذا تعرض الطالب للإصابة بفيروس كوفيد-19 في مجموعته الدراسية وتوصي إدارة الصحة العامة المحلية بإجراء الفحص. أدرك أنني قد أوافق على نوع واحد أو كلا النوعين من الفحوصات.

أفهم أن فحص كوفيد-19 للطالب (الطلاب) اختياري وأنني قد أرفض منح الموافقة، وفي هذه الحالة، لن يتم فحص الطالب (الطلاب). أفهم أن الطالب (الطلاب) يجب أن يظلوا في المنزل بعيداً عن المدرسة إذا شعروا بأي توعك.

أفهم أن المدرسة لا تتصرف كمزود رعاية صحية للطالب، وهذا الفحص لا يحل محل العلاج من قبل مقدم الرعاية الصحية للطالب، وأنا أتحمّل المسؤولية الكاملة لاتخاذ الإجراء المناسب فيما يتعلق بنتائج فحص الطالب. أفهم أنه لا يزال من مسؤوليتي طلب المشورة الطبية والرعاية والعلاج للطالب (الطلاب) من مقدم الرعاية الصحية الخاص بهم.

أفهم أن هناك احتمالاً بنتائج فحص كوفيد-19 أن تكون سلبية خاطئة وأن الطالب لا يزال مصاباً بكوفيد-19 حتى لو كانت نتيجة الفحص سلبية. أفهم أيضاً أنه إذا كانت نتائج فحص كوفيد-19 إيجابية، فسيتم إبلاغ هيئة الصحة العامة المحلية بنتيجة الفحص وفقاً لما يقتضيه القانون.

لن يتم الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية من دون موافقة خطية إلا عندما يقتضي القانون ذلك.

أعطي الإذن لموظفي المدرسة لفحص الطالب للكشف عن كوفيد-19 إذا ظهرت أعراض جديدة في المدرسة.
I give permission for school staff to test this student(s) for COVID-19 if new symptoms develop at school.

أعطي الإذن لموظفي المدرسة لفحص الطالب إذا تعرضوا لكوفيد-19 داخل مجموعتهم المدرسية وتوصي هيئة إدارة الصحة العامة المحلية بإجراء هذا الفحص.
I give permission for school staff to test my student(s) if they are exposed to COVID-19 within their school cohort and testing is recommended by the local public health authority

توقيع ولي الأمر/الوصي Signature of Parent/Guardian

التاريخ Date