

ਫਾਰਮ

ਵੈਕਲਪਿਕ ਕੋਵਿਡ-19 ਸਾਮੂਹਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ (ਕਈ ਲੋਕਾਂ ਤੋਂ ਨਮੂਨਾ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨਾ) ਲਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਫਾਰਮ

ਮਾਪੇ / ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ			
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ			
<i>ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ ਜੇ ਉਹ ਉਸ ਟੈਸਟਿੰਗ ਪੁਲ/ਸਮੂਹ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹਨ ਜਿਸਦਾ SARS-CoV-2 ਲਈ ਟੈਸਟ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਵਾਇਰਸ ਜੋ ਕੋਵਿਡ-19 ਦੇ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ। ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਨਤੀਜੇ ਹੋਣ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੋਨ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ।</i>			
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ:			
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਸੈੱਲ ਫੋਨ/ਮੋਬਾਇਲ ਨੰਬਰ:			
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਈਮੇਲ ਪਤਾ:			
ਬੱਚੇ/ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਬੱਚੇ/ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ*:			
ਗ੍ਰੈਡ ਪੱਧਰ:		ਕਲਾਸਰੂਮ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ):	
ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼: (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)		ਉਮਰ:	
ਕੀ ਉੱਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਬੱਚੇ ਦੀ ਪਿੱਛਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਵਿਡ-19 ਲਈ ਤਸ਼ਖੀਸ ਹੋਈ ਹੈ?	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ , ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਪਿੱਛਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਵਿਡ-19 ਲਈ ਟੈਸਟ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਆਇਆ ਹੈ (ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਪਿੱਛਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਵਿਡ-19 ਲਈ ਟੈਸਟ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਆਇਆ ਹੈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਾਮੂਹਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ)। <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ , ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਪਿੱਛਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਵਿਡ-19 ਲਈ ਟੈਸਟ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਨਹੀਂ ਆਇਆ ਹੈ।		

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਸਬਮਿਟ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਮਾਂ/ਪਿਉ ਹਾਂ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹਾਂ

ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਫਾਰਮ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਸਬਮਿਟ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਮਾਂ/ਪਿਉ ਹਾਂ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹਾਂ ਜਾਂ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਹਾਂ ਅਤੇ:

ਜਾਂ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਹਾਂ ਅਤੇ:

- A. ਮੈਂ ਸਕੂਲ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਸਕੂਲ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਨਮੂਨਿਆਂ ਦਾ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਕਰਨ ਅਤੇ ਐਟਲਸ ਜੀਨੋਮਿਕਸ ਦੁਆਰਾ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਕਰਨ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਸਾਮੂਹਿਕ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।
- B. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਾਮੂਹਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਤੋਂ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਨਤੀਜਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗਾ/ਗੀ ਅਤੇ ਸਾਮੂਹਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਦੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਨਤੀਜੇ ਮੈਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ। ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਸਿੱਖਿਆ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੋਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣ ਦੇ ਯੋਗ ਜਾਣਕਾਰੀ ਐਟਲਸ ਜੀਨੋਮਿਕਸ ਨੂੰ ਇਸ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਕੋਵਿਡ-19 ਸਾਮੂਹਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।

ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਫਾਰਮ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਸਬਮਿਟ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਮਾਂ/ਪਿਉ ਹਾਂ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹਾਂ ਜਾਂ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਹਾਂ ਅਤੇ:

- C. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਗਲਤ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਜਾਂ ਗਲਤ ਨਕਾਰਾਤਮਕ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੈਸਟ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਸਾਮੂਹਿਕ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਟੈਸਟਾਂ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਗਲਤ ਨਕਾਰਾਤਮਕ ਨਤੀਜੇ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦੇ ਕਾਰਨ, ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਸਾਰੇ ਕੋਵਿਡ-19 ਸੰਬੰਧੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਾਸਕ ਪਹਿਨਣਾ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਦੂਰੀਆਂ ਰੱਖਣਾ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਵਿੱਚ ਕੋਵਿਡ-19 ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਨੂੰ ਵਿਕਸਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਅਲੱਗ-ਥਲੱਗ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਟੈਸਟਿੰਗ ਲਈ ਸਕੂਲ ਪ੍ਰੋਟੋਕੋਲ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।
- D. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਾਮੂਹਿਕ ਅਤੇ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਟੈਸਟਿੰਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੇ ਢੁਕਵੀਂ ਸਿਖਲਾਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਹੈ ਕਿ ਕਿਵੇਂ ਸਾਰੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਿਆਂ ਹੋਇਆਂ ਟੈਸਟ ਦਾ ਸਹੀ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਨਾ ਤਾਂ ਟੈਸਟ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਨਾ ਹੀ <<insert school or district name>>, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਇਸਦੇ ਕੋਈ ਟਰੱਸਟੀ, ਅਧਿਕਾਰੀ, ਕਰਮਚਾਰੀ, ਜਾਂ ਸੰਸਥਾ ਦੇ ਪ੍ਰਾਯੋਜਕ ਕਿਸੇ ਹਾਦਸੇ ਜਾਂ ਸੱਟਾਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ ਜੇ ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਸਾਮੂਹਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੇ/ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।
- E. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੇਰਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਬਿਮਾਰ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਨੂੰ **ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ** ਘਰ ਰਹਿਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਮੈਂ ਮੰਨਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਫਾਲੋ-ਅਪ ਟੈਸਟ ਦੇ ਸਕਾਰਾਤਮਕ ਨਤੀਜੇ ਲਈ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਕੂਲ ਦੀ ਬਜਾਏ ਘਰ ਹੀ ਰਹੇ, ਆਪਣੇ-ਆਪ ਨੂੰ ਅਲੱਗ-ਥਲੱਗ ਰੱਖੇ, ਅਤੇ ਮਾਸਕ ਜਾਂ ਫੇਸ ਕਵਰਿੰਗ ਪਾਉਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖੇ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।
- F. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਕੂਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵਜੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ ਨਹੀਂ ਦੇ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਟੈਸਟਿੰਗ ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਥਾਂ ਨਹੀਂ ਲੈਂਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਢੁਕਵੀਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਸਾਰੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਲੈਂਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਂ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੇਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹੋਣ ਜਾਂ ਜੇ ਉਸਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿਗੜਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕੋਲੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਲਾਹ, ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਾਂਗਾ/ਗੀ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਆਰਥਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਾਂ ਜੇ ਮੇਰਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹੈ।
- G. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨਾ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਦੇਣ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ, ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਮੇਰੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਟੈਸਟਿੰਗ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।
- H. ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ, ਪਰ ਅਜਿਹੀ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਸਿਰਫ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਟੈਸਟਿੰਗ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ ਜੇ ਮੈਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਜਾਰੀ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰ ਚੁੱਕਾ/ਕੀ ਹਾਂ। ਕੋਵਿਡ-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਕਰਨ ਦੇ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ, ਮੇਰਾ ਆਪਣੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਸਕੂਲ ਨਾਲ

ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਫਾਰਮ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਸਬਮਿਟ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਮਾਂ/ਪਿਉ ਹਾਂ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹਾਂ ਜਾਂ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਹਾਂ ਅਤੇ:

ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

*ਇਸ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ, "ਵਿਦਿਆਰਥੀ" ਦੇ ਸਾਰੇ ਸੰਦਰਭਾਂ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਵਿਦਿਆਰਥੀ (ਸਟਾਫ਼, ਪਰਿਵਾਰ, ਵਗੈਰਾ) ਦੀ ਟੈਸਟਿੰਗ ਲਈ ਆਪ/ਟੈਸਟ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ

ਮੈਨੂੰ, ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ/ਲੀ ਨੂੰ, ਟੈਸਟ ਦੇ ਉਦੇਸ਼, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ, ਸੰਭਾਵਤ ਜੋਖਮਾਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਸੂਚਿਤ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਦੀ ਕਾਪੀ ਮਿਲ ਗਈ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵੇਲੇ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਕੋਵਿਡ-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਕਰਨ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਵੈ-ਇੱਛਾ ਨਾਲ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ