

# إقرار بالموافقة

في دار:

اعتبارًا من ..... سوف يُعرض على الأطفال إجراء اختبارين اختياريين لفيروس كورونا المستجد (SARS-CoV-2) في يومين من كل اسبوع. تُجمَع العينات (عينات اللعاب) في نظام يقوم فيه الأطفال بأخذ العينة بأنفسهم أخذًا موجَّهًا بالإرشادات بواسطة اختبار المستضدات سريع باستخدام المصاصة. إذ ينبغي للأطفال أن يقوموا بمص جامع لللعاب لمدة تصل إلى 99 ثانية.

ملحوظة: في حالة ظهور حالة Covid إيجابية في دار الرعاية النهارية/ الروضة فنحن ملزمون بإرسال البيانات اللازمة إلى مكتب الصحة المختص.

ولن تُرسل البيانات إلى أي طرفٍ آخر

أوافق [ ]

لا أوافق [ ]

على أخذ طفلي عينات لعابه بنفسه أخذًا موجَّهًا بالإرشادات لاختبار فيروس كورونا المستجد (SARS-CoV-2) في الدار المذكورة أعلاه

اسم العائلة:

\_\_\_\_\_

الاسم:

\_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد الطفل:

\_\_\_\_\_

رقم هاتف جوال (لسهولة الوصول):

\_\_\_\_\_

رقم هاتف أرضي بديل

\_\_\_\_\_

وأنا على علم بأن المشاركة في هذا الاختبار اختيارية وأنتي يمكنني التراجع عن هذه الموافقة في أي وقت.

التاريخ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر

اسم العائلة، الاسم