

DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES
Abteilung Gesundheit

إقرار موافقة أولياء الأمور

يرجى تعبئة هذا النموذج وإعطائه لابنتكم/ابنكم للمدرسة. مع جزيل الشكر.
البيانات الشخصية للطفل (تهجئة كما في البطاقة الشخصية أو جواز السفر أو بطاقة هوية الأجنبي):

الاسم:	
اللقب:	
تاريخ الميلاد:	
الجنس:	
رقم الشارع	
الرمز البريدي لمحل الإقامة	
الصف:	
رقم الهاتف لتنزيل الشهادة	

الرجاء وضع علامة "نعم" أو "لا":

<input type="checkbox"/>	نعم، نحن نوافق على إعطاء التطعيم ضد كوفيد 19 لابنتنا/ابننا في المدرسة.
<input type="checkbox"/>	إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال: نؤكد أننا لسنا على علم بوجود أية حساسية لدى ابنتنا/ابننا تجاه البولي إيثيلين جلايكول 2000 (ماكروغول) أو تروميثامين.
<input type="checkbox"/>	لا، لا نريد أن يتم تطعيم ابنتنا / ابننا ضد كوفيد 19 في المدرسة أو أن ابنتنا/ابننا قد تم تطعيمها بالفعل.

يؤكد الموقع/الموقعة أدناه على صحة المعلومات:

المكان والتاريخ:

اسم وتوقيع أحد أولياء الأمور على الأقل

الاسم: _____

التوقيع: _____

الاسم: _____

التوقيع: _____