

DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES
Abteilung Gesundheit

رضایتنامه سرپرست

لطفا این فرم را پر کرده و امضاء کنید و با پسر یا دخترتان به مدرسه بفرستید. خیلی سپاسگزاریم.
اطلاعات شخصی کودک (همان‌گونه که در کارت شناسایی، گذرنامه یا کارت شناسایی تبعه خارجی او نوشته شده است):

نام خانوادگی:	
نام:	
تاریخ تولد:	
جنسیت:	
شماره خیابان	
کد پستی، محل سکونت	
کلاس:	
شماره تلفن همراه برای دانلود گواهینامه	

لطفا «بله» یا «خیر» را علامت بزنید.

<input type="checkbox"/>	بله، ما موافق هستیم، که دخترمان/پسرمان در مدرسه علیه کووید-۱۹ واکسینه شود.
<input type="checkbox"/>	اگر بله، لطفا به این پرسش پاسخ دهید: ما تایید می‌کنیم که دخترمان/پسرمان هیچگونه حساسیتی نسبت به پلی‌اتیلن‌گلیکول 2000 (ماکروگل) یا ترومتامین ندارد.
<input type="checkbox"/>	خیر، ما موافق نیستیم که دخترمان/پسرمان در مدرسه علیه کووید-۱۹ واکسینه شود یا دخترمان/پسرمان قبلاً واکسینه شده است.

امضاء کننده، درستی اطلاعات را تایید می‌کند:

مکان، تاریخ:

نام و امضاء حداقل یکی از سرپرستان

نام خانوادگی:

امضاء:

نام خانوادگی:

امضاء: