

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

பெற்றோர்/பாதுகாவலரின் ஒப்புதல் அறிவிப்பு

☞ தயவுசெய்து இந்தப் படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்து உங்கள் மகள்/மகன் மூலம் பள்ளிக்குத் திருப்பித்தரவும். மிக்க நன்றி.

குழந்தையின் தனிப்பட்ட விவரங்கள்(அடையாள அட்டை, கடவுச்சீட்டு அல்லது வெளிநாட்டவர் அடையாள அட்டையில் அச்சிடப்பட்டவாறு எழுத்துகள்):

பெயர்:	
முதலெழுத்து:	
பிறந்த தேதி:	
பாலினம்:	
தெரு எண்.	
அஞ்சல் குறியீடு, வசிக்கும் இடம்	
வகுப்பு:	
சான்றிதழைப் பதிவிறக்கம் செய்வதற்கான செல்பேசி எண்	

தயவுசெய்து ஆம் அல்லது இல்லை என்பதை டிக் செய்ய்க:

<input type="checkbox"/>	ஆம் , பள்ளியில் எங்கள், மகள்/மகன் கோவிட்-19க்கு எதிராகத் தடுப்பூசிபோட்டுக்கொள்வதற்கு நாங்கள் ஒப்புக்கொள்கிறோம்.
<input type="checkbox"/>	ஆம் எனில் , தயவுசெய்து இந்தக் கேள்விக்குப் பதிலளிக்கவும்: எங்களுக்குத் தெரிந்து பாலிஎத்திலீன் கிளைக்கால் 2000 (மேக்ரோகால்) அல்லது ட்ரோமீத்தமீன் ஆகியவற்றுக்கு எங்கள் மகள்/மகனுக்கு எவ்வித ஒவ்வாமையும் இல்லை என்பதை நாங்கள் உறுதிப்படுத்துகிறோம்.
<input type="checkbox"/>	இல்லை , எங்கள் மகள்/மகனுக்கு கோவிட்-19க்கு எதிராகத் தடுப்பூசி போட்டுக்கொள்ள விரும்பவில்லை அல்லது எங்கள் மகள்/மகனுக்கு ஏற்கனவே தடுப்பூசி போடப்பட்டுள்ளது.

தரப்பட்டுள்ள தகவல்கள் துல்லியமானது என்பதைக் கீழே கையெழுத்திட்டுள்ளவர் உறுதிப்படுத்துகிறார்:

இடம், தேதி:

குறைந்தபட்சம் ஒரு சட்டபூர்வ பெற்றோர்/பாதுகாவலரின் பெயர் மற்றும்
கையெழுத்து.

பெயர்: _____

கையெழுத்து: _____

பெயர்: _____

கையெழுத்து: _____