|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نموذج موافقة الطالب على مشاركة المعلومات المتعلقة بـ COVID-19 بين المدرسة وبرنامج ما قبل وبعد المدرسة** | | | | | |
| **للإكمال من قبل الوالد/** **الوصي** | | | | | |
| **معلومات الوالد/الوصي** | | | | | |
|  | | | | | |
| **الوالد/الوصي**  **الاسم بخط واضح:** |  | | | | |
| **رقم هاتف/جوال: الوالد/الوصي:**  *ملاحظة: سيتم إرسال النتائج إلى رقم الجوال المذكور* |  | | | | |
| **الوالد/ الوصي**  **عنوان البريد الإلكتروني:** |  | | | | |
| **معلومات الطفل/الطالب** | | | | | |
| **كتابة اسم الطفل/الطالب بخط واضح:** |  | | | | |
| **مستوى الصف:** |  | | | | |
| **تاريخ الميلاد:**  *(شهر / يوم / سنة)* |  | | | | |
| **عنوان:** |  | **المدينة:** |  | **الرمز البريدي:** |  |
| **الموافقة على مشاركة المعلومات المتعلقة بـ COVID-19:** | نعم، أنا أصرح لمدرسة طفلي الطالب وبرنامج (برامج) ما قبل/بعد المدرسة المدرجة أدناه للمشاركة، مع بعضها البعض، نتائج اختبار COVID-19 لطفلي الطالب وتعينه كمخالط عن قرب قد تحتاج إلى المشاركة في الاختبار مع استمرار الحضور.    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  مدرسة الطالب برنامج OST للطالب | | | | |
| **الموافقة** | | | | | |
| أؤكد، من خلال ملء هذا النموذج وإرساله، أنني الوالد أو الوصي أو الفرد المخول قانوناً لتقديم الموافقة و:   1. أصرح أنا أو أي شخص آخر مصرح له قانونا بجمع عينة من الطالب وإجراء اختبار كوفيد-19 عليها في المدرسة، وأؤكد أن الطالب قد يستمر في المشاركة في برنامج الاختبار هذا بموجب شروط الموافقة المسبقة. 2. بالإضافة إلى الكيانات المدرجة في موافقتي المسبقة، فإنني أصرح لمدرسة الطالب وقبل/بعد البرنامج المدرسي بمشاركة أي نتائج اختبار COVID-19 حول طفلي الطالب وما إذا كان قد تم تعين طفلي الطالب على أنه من المخالطين عن قرب قد يحتاج إلى المشاركة في الاختبار مع استمرار الحضور. 3. أفهم أن أي مشاركة للمعلومات قد تتضمن الكشف عن هوية الطالب ومعلومات الاتصال والمعلومات حول نتائج اختبار COVID-19 أو تحديد هويته على أنه من المخالطين عن قرب.   أقر، أنا الموقع أدناه، أنه قد تم إبلاغي بالغرض من اختبار كوفيد-19 وإجراءاته والفوائد والمخاطر المحتملة منه، وقد تلقيت نسخة من هذه الموافقة المستنيرة. وقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة قبل التوقيع، وتم إبلاغي بأنه يمكنني طرح أسئلة إضافية في أي وقت لاحق. أوافق طواعية على إجراء هذا الاختبار الخاص بفيروس كوفيد-19 لطفليي الطالب والإفصاحات الموضحة في نموذج الموافقة هذا. | | | | | |
| **توقيع الوالد/الوصي:** |  | | | **التاريخ:** | |