



إعلان الموافقة على إجراء اختبارات ذاتية سريعة لمضادات الجينات للطلاب في المدرسة

لإجراء اختبار سريع للكشف عن عدوى COVID-19 ، والذي يقوم به الطلاب تحت إشراف المدرسة ، يلزم الحصول على موافقة الوصي القانوني. تنطبق هذه الموافقة على الاختبارات ومعالجة البيانات المعتادة وفي حال الحصول على نتيجة إيجابية من الاختبار لدى المدرسة.

يمكن إلغاء إعلان الموافقة هذا في أي وقت.

Vor- und Nachname der zu testenden Schülerin/ des zu testenden Schülers

الاسم الأول وكنية الطالب الخاضع للفحص

Wohnadresse

عنوان الشخص

Telefonnummer und E-Mail-Adresse (der/des Erziehungsberechtigten)

رقم الهاتف و البريد الإلكتروني لأولياء الأمور

Ich

☐

willige ein, أنا موافق

☐

willige nicht ein, أنا غير موافق

أن يخضع ابني/ بنتي للاختبار الشخصي السريع للكشف عن عدوى مرض كورونا
تحت مراقبة وإشراف المدرسة

Ort, Datum
المكان والتاريخ

Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten
توقيع ولي الأمر



BREMERHAVEN
MEER ERLEBEN!