



स्कूल में सरस-कोव -2 के लिए स्क्रीनिंग टेस्ट आय के लिए पारंपरिक सहमति प्रारूप

मैं नीचे हस्ताक्षर किए _____ जन्म की तारीख _____

जन्मस्थान _____ निवासी _____

सड़क _____

(बच्चे का नाम) _____ इसके माता-पिता /या कानूनी अभिभावक हैं

बच्चे के जन्म की तारीख _____ बच्चे का जन्मस्थान _____

मैं स्कूल में आयोजित मेरे बच्चे के कोविड स्वैब SARS CoV-2 परीक्षण करने के लिए ULSS स्वास्थ्य संगठन को अनुमति देने के लिए सहमत हूँ।

स्थान और तारीख _____

माता-पिता या कानूनी अभिभावक

मैं कोविड -19 संक्रमण को रोकने के उद्देश्य से अपने व्यक्तिगत डेटा के उपयोग पर सहमति देता हूँ।