

பெற்றோர் மற்றும் பாதுகாவலர்களின் ஒப்புதல்கடிதம்
பாசெல் லான்ட் மாநில செக்குண்டார் பாடசாலையின் 12 வயது முதலான இளையோருக்கான
Covid -19 தடுப்பூசி

- தயவுசெய்து இப் பாத்திரத்தை நிரப்பி கையொப்பமிட்டு தங்கள் மகன்/ மகளிடம் தடுப்பூசி
போடும் தினத்தன்று கொடுத்தனுப்புங்கள்.நன்றி.

குழந்தையின் முழுவிபரம் (அடையாளஅட்டை / கடவுச்சீட்டு/ வெளிநாட்டவர் விசாவில் உள்ளது போன்றே எழுதவும்)

தந்தையின் பெயர்:	
குழந்தையின் பெயர்:	
பிறந்ததிகதி:	
பால்:	
வீதி/ இலக்கம்:	
வதிவிடம்:	
வகுப்பு:	
கைபேசி இலக்கம்:	

உங்கள் குழந்தை பாடசாலையில் Covid-19 க்கு எதிராக தடுப்பூசி போடா விரும்பினால் தயவுசெய்து
ja க்கு முன்னே புள்ளடி போடவும்:

<input type="checkbox"/>	Ja , எங்களின் குழந்தை பாடசாலையில் Covid-19 க்கு எதிராக தடுப்பூசி போடுவதற்கு நாம் சம்மதிக்கிறோம்.
--------------------------	--

- உங்கள் குழந்தை பாடசாலையில் Covid-19 க்கு எதிராக தடுப்பூசி போடா விருப்பம்
இல்லையெனில் நீங்கள் ஒன்றும் செய்யத்தேவையில்லை.

தரப்பட்ட விபரங்கள் சரியானவையே என கையொப்பமிடுகிறேன்:

இடம், திகதி:

ஆகக்குறைந்தது பெற்றோர்/ பாதுகாவலர் ஒருவரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்:

முழுப்பெயர்:

கையொப்பம்:

முழுப்பெயர்:

கையொப்பம்: