

إقرار موافقة خاص في أولياء الأمور لغرض تطعيم اليافعين اعتباراً من سن الثانية عشرة ضد فيروس كوفيد-19 في مدارس بازل بيتر للمرحلة الثانوية.

➤ يرجى تعبئة هذا النموذج وتوقيعه وإرساله مع ولدكم أو ابنتكم إلى المدرسة في يوم التطعيم ضد كوفيد-19. مع جزيل الشكر

البيانات الشخصية للطفل (كما هي مدونة في البطاقة الشخصية، جواز السفر أو البطاقة الشخصية الخاصة بالأجانب)

	الكنية:
	الاسم الأول:
	تاريخ الولادة:
	الجنس:
	الشارع، رقم المنزل:
	مكان السكن، الرمز البريدي:
	الصف:
	رقم الهاتف الجوال:

يرجى وضع إشارة (X) فيما إذا كان ينبغي تطعيم ولدكم أو ابنتكم ضد كوفيد-19.

نعم، نحن نوافق على حصول ابننا وابنتنا في المدرسة على التطعيم ضد كوفيد-19.	<input type="checkbox"/>

➤ في حال عدم الموافقة على حصول ابنكم أو ابنتكم على التطعيم ضد كوفيد-19 في المدرسة، لا تحتاجون للقيام بخطوات أخرى.

الموقع أو الموقعة أدناه يؤكد أو تؤكد على صحة البيانات المقدمة:

المكان، التاريخ:

اسم وتوقيع أحد أولياء الأمور على الأقل:

الكنية، الاسم الأول:

التوقيع:

الكنية، الاسم الأول:

التوقيع: