

مهر مدرسه:

اعلام رضایت برای استفاده شخصی از تست آنتی ژن کرونا (SARS-CoV-2) برای دانش آموزان

نام دانش آموز:

کلاس:

من از اطلاعات مربوط به محصول و دستورالعمل مربوطه در مورد تست آنتی ژن کرونا (SARS-CoV-2) که هم اکنون در مدارس ایالت زاکسن-آنهالت ارائه می شود ، آگاهی دارم.
دانش آموز فوق می تواند در تست آنتی ژنی کرونا (SARS-CoV-2) که در مدرسه ارائه می شود شرکت کند.

عنوان (نام) تست آنتی ژن:

بله: []

نه: []

لطفاً کادر مربوطه را علامت بزنید

مکان و تاریخ:

امضای سرپرست قانونی: