

بيانات رقم ٣ و ٩٠٣ ضمن إطار خطة التدابير الصحية ، الحماية من العدوى و السلامة المهنية في المدارس في ولاية ساكسن أنهالت أثناء فترة انتشار وباء كورونا

هذه البيانات يجب أن تُعطى لإدارة المدرسة أو الشخص الوكيل عنها كحد أقصى حتى تاريخ ٣١.٠٨.٢٠٢٠ و لتلاميذ الصف الأول كحد أقصى حتى تاريخ ٠٢.٠٩.٢٠٢٠

الاسم و الكنية : _____

الصف: _____

	Ja نعم	Nein لا
1) هل لديه اليوم أعراض واضحة (حسب التعريف الحالي للأعراض من معهد روبرت كوخ) لمرض كورونا أو أعراض زكام . باستثناء أعراض الأمراض المزمنة المُشخصة طبياً (مثل حساسية غبار الطلع (التحسس الربيعي) او أنواع أخرى من الحساسية)	[]	[]
2) هل كان لديه اتصال خلال ١٤ يوماً الماضية مع شخص واحد على الأقل مصاب بمرض كورونا بموجب تشخيص مخبري	[]	[]
3) هل كان لديه اتصال مع شخص عاد من خارج البلاد خلال ١٤ يوماً الماضية وكان هذا الشخص في الحجر الصحي بعد عودته	[]	[]
4) هل عاد خلال ١٤ يوماً الماضية من إحدى المناطق المصنفة خطيرة حسب التصنيفات الحالية لمعهد روبرت كوخ	[]	[]
5) فقط عند الإجابة ب(نعم) على السؤال السابق رقم ٤ - هل قام باختبار لفيروس SARS- COV- 2 و نتيجة الاختبار سلبية	[]	[]
6) هل العنوان و رقم الهاتف المسجلان لدى المدرسة ساريان حتى الآن	[]	[]

بتوقيعي أؤكد صحة ما ورد أعلاه من المعلومات.
و أنا على علم بأن التغييرات التي تطرأ على هذه المعلومات يجب ابلاغها للمدرسة فوراً.

بتوقيعي أؤكد أيضاً أنني على علم بخطة التدابير الصحية ، الحماية من العدوى و السلامة المهنية في المدارس في ولاية ساكسن أنهالت في فترة انتشار وباء كورونا.
أنا أعلم بشكل خاص أنه في حال الغياب عن المدرسة لأكثر من خمسة أيام دراسية يجب عليّ تقديم هذه البيانات من جديد.

أنا على علم أنه في حال التأخر بتقديم هذه البيانات لن يسمح للطالب المذكور أعلاه بدخول مبنى المدرسة أو حضور الحصة الدراسية اعتباراً من تاريخ ٣١.٠٨.٢٠٢٠ و اعتباراً من تاريخ ٠٢.٠٩.٢٠٢٠ و سوف يُعتبر الغياب في هذه الحالة غياب غير مبرر.

تعليمات حماية البيانات الشخصية.

إن هذه المعلومات المصرح عنها و البيانات المذكورة سوف يتم حفظها في المدرسة بشكل ورقي (ليس بشكل الكتروني)

استخدام هذه البيانات سيكون فقط في حال اصابة الطالب أو الأشخاص الذين على اتصال معه بفيروس كورونا. في هذه الحالة يتم استخدام هذه البيانات لتحديد الأشخاص الذين يمكن الاتصال بهم . ويتم في هذه الحالة اعطاء البيانات إلى مديرية الصحة المحلية.

إن الجمع و الحفظ و الاستخدام المحتمل لهذه المعلومات يخدم بشكل حصري صحة الطالب و الأشخاص الذين على اتصال معه

سوف يتم اتلاف البيانات في المدرسة على أبعد تقدير بنهاية العام الدراسي ٢٠٢١/٢٠٢٠

Ort, Datum

المكان و التاريخ

Unterschrift eines/einer Sorgeberechtigten oder volljährige
Schülerin/volljähriger Schüler

توقيع ولي الأمر أو الطالبة البالغة أو الطالب البالغ