

فرم تایید نتیجه تست منفی از تاریخ 2 آگوست 2021

نام مدرسه
آدرس مدرسه (خیابان، شماره، کدپستی، شهر)
نام، نام خانوادگی دانش آموز
تاریخ تولد دانش آموز

بوسیله امضای خود اعلام می‌کنم که دانش آموز فوق الذکر خود را در خانه با استفاده از خود آزمایشی تست کرده است و نتیجه این تست منفی است (بخش a 1، پاراگراف 1، بند 2، مقررات شماره 1 کرونا در مدرسه).

1. تست انجام شد بر روی _____
(تاریخ، زمان تست)

_____ تاریخ
امضا
(پدر یا مادر / سرپرست قانونی یا دانش آموز دارای سن قانونی)

2. تست انجام شد بر روی _____
(تاریخ، زمان تست)

_____ تاریخ
امضا
(پدر یا مادر / سرپرست قانونی یا دانش آموز دارای سن قانونی)

3. تست انجام شد بر روی _____
(تاریخ، زمان تست)

_____ تاریخ
امضا
(پدر یا مادر / سرپرست قانونی یا دانش آموز دارای سن قانونی)

4. تست انجام شد بر روی _____
(تاریخ، زمان تست)

_____ تاریخ
امضا
(پدر یا مادر / سرپرست قانونی یا دانش آموز دارای سن قانونی)

5. تست انجام شد بر روی _____
(تاریخ، زمان تست)

_____ تاریخ
امضا

(پدر یا مادر / سرپرست قانونی یا دانش آموز دارای سن
قانونی)