

إقرار بالموافقة على إجراء اختبار مستضد سريع ("اختبار ذاتي") في المدرسة بدءاً من 2 أغسطس/آب 2021

لا يُسمح للأشخاص بدخول المدرسة إلا بعد إجراء اختبار فيروس كورونا "سارس كوف 2" وتكون نتيجته سلبية ولم يمر عليه أكثر من 24 ساعة. ويمكن إجراء هذا الاختبار باستخدام اختبار ذاتي معترف به في أماكن عدة من بينها المدرسة ورفقة أعضاء هيئة التدريس (المادة 11 الفقرة 1 الجملة 2 الرقم 1 من لائحة كورونا المدرسية).

إذا جاءت نتيجة الاختبار إيجابية، تكون المدرسة ملزمة وفق المادة 6 الفقرة 1 حرف ج) والمادة 9 الفقرة 2 حرف ط) من اللائحة الأساسية لحماية البيانات (DSGVO) بالارتباط مع المادتين 6 و8 من قانون الحماية من العدوى (IfSG) بإعلامك بنتيجة اختبارك أو اختبار طفلك الإيجابية وإرسال بياناتك أو بيانات طفلك (الاسم، وتاريخ الميلاد، والبيانات الصحية) إلى هيئة الصحة المختصة. وهذا ضروريٌ لتحديد هويتك/هوية طفلك بوضوح والتواصل معكم عند الضرورة.

أعلم أنه يمكن الوفاء بواجب الاختبار كذلك باستخدام البدائل المذكورة في المادة 11 من لائحة كورونا المدرسية الثالثة (إجراء الاختبار في مركز الاختبار وتقديم الشهادة؛ أو إجراء الاختبار في جهة اختبار معترف بها وتقديم الشهادة؛ أو إجراء الاختبار باستخدام اختبار معترف به في المنزل وتقديم الشهادة المناسبة).

أوافق بموجب توقيعي على أن يُجرى طفلي الاختبار الذاتي في المدرسة. وأوافق في هذا السياق على المعالجة المرتبطة بالاختبار الذاتي لبياناتي الشخصية وبيانات طفلي. ولقد أُبلغتُ أنه في حالة إجراء اختبار في تجمُّع للفصول، فقد يمكن الكشف عن نتيجة الاختبار الذاتي لطفلي/اختباري الذاتي أمام الأطراف الأخرى الحاضرة.

يمكن سحب إقرار الموافقة هذا على إجراء الاختبار في المدرسة في أيّ وقتٍ بآثرٍ مستقبلي (بإرسال طلب عبر البريد، أو البريد الإلكتروني، أو الفاكس إلى المدرسة).

بيانات المدرسة	
الاسم	
العنوان الكامل	

بيانات التلميذ/التلميذة		
اللقب	الاسم الأول	تاريخ الميلاد

بيانات أولياء الأمور (في حالة التلميذات والتلاميذ القاصرين فقط) يُستخدم مصطلح "ولي الأمر" وفق قانون المدارس في ولاية مكلنبورغ فوربومرن ليعني أن أولياء الأمور هم الأشخاص الذين يحقُّ لهم حضانة الطفل وفق القانون المدني (راجع المادة 138 الفقرة 2 من قانون المدارس بالولاية).		
1.	اللقب	الاسم الأول <input type="checkbox"/> الحاضنة/الحاضن
	عنوان السكن (الشارع، رقم البناية، الرمز البريدي، المدينة)	
	رقم الهاتف مع مفتاح المدينة/ملاحظة بشأن الوقت المتاح للاتصال	
2.	اللقب	الاسم الأول <input type="checkbox"/> الحاضنة/الحاضن
	عنوان السكن (الشارع، رقم البناية، الرمز البريدي، المدينة)	
	رقم الهاتف مع مفتاح المدينة/ملاحظة بشأن الوقت المتاح للاتصال	

أوافق/نوافق على مشاركتي/مشاركة طفلي/أطفالنا في الاختبارات الذاتية لفيروس كورونا "سارس كوف 2" التي تُجرى بالمدرسة خلال أسبوع الحضور.

المكان، التاريخ	توقيع الوالدين/التلميذة البالغة/التلميذ البالغ
-----------------	--