

ثبت نام برای تست غربالگری کوید ۱۹

ایمیل ولی/سرپرست قانونی:	رمز عبور: برای ثبت نام و ورود به پورتال مورد نیاز است.
--------------------------	--

تایید ایمیل- FCPS برای تایید صحت ایمیل ارائه شده یک ایمیل ارسال خواهد کرد. ایمیل ارسال شده را باز کنید. روی کلمه "Confirmation" کلیک کنید.

شماره شناسایی دانش آموز:	نام مدرسه:
نام ولی/سرپرست قانونی:	نام خانوادگی ولی/سرپرست قانونی:

نام دانش آموز:	نام خانوادگی دانش آموز:
آدرس:	شماره تلفن ولی/سرپرست قانونی:
جنسیت: یک مورد را علامت بزنید- مذکر موث نا مشخص	تاریخ تولد دانش آموز:
نژاد دانش آموز:	قومیت دانش آموز:

فرزند من ورزشکار است
(همه رشته های ورزشی را فهرست وار بنویسید):

آیا بیمه سلامت دارید؟ بله خیر امتناع از ارائه اطلاعات

اطلاعات بیمه:	نام شرکت بیمه:
شماره بیمه:	شماره گروه:
نام دارنده بیمه:	تاریخ تولد دارنده بیمه:

در صورتی که بیمه ندارید، لطفاً شماره ملی خود را وارد کنید:
 من از ارائه شماره ملی امتناع می کنم

دانش آموز چند نوبت واکسن کوید ۱۹ دریافت کرده است؟ <input type="checkbox"/> هیچ <input type="checkbox"/> یک <input type="checkbox"/> دو	تاریخ اولین نوبت _____ تاریخ دومین نوبت _____
---	--

لطفا توجه داشته باشید: اطلاعات واکسیناسیون وارد شده در اینجا در سیستم اطلاعات دانش آموز FCPS به روز نخواهد شد. ولی/سرپرست قانونی باید اطلاعات واکسیناسیون دانش آموز را مستقیماً با مدرسه ای که دانش آموز در آن ثبت نام کرده است به اشتراک بگذارد. لطفاً برای به روزرسانی این اطلاعات با مدرسه دانش آموز تماس بگیرید.

من، به عنوان امضاء کننده، در مورد هدف، روش ها، مزایا و خطرات احتمالی تست کوید ۱۹ مطلع شده ام و یک نسخه از این رضایتنامه را دریافت کرده ام. (برگه ضمیمه را ملاحظه کنید). به من این فرصت داده شده است که قبل از امضا سوال بپرسم و به من گفته شده است که می توانم هر زمان که بخواهم سوالات بیشتری بپرسم. من داوطلبانه با تست کوید ۱۹ موافقت می کنم.

من با انتشار اطلاعات محافظت شده همانطور که در بالا توضیح داده شده است موافقت می کنم (برگه ضمیمه را ملاحظه کنید).

نام ولی/سرپرست قانونی

امضه

تاریخ