

COVID-19 اسکریننگ ٹیسٹنگ کی رجسٹریشن

| | |
|--|---|
| والد یا والدہ/ قانونی سرپرست کا ای میل ایڈریس: | پاس ورڈ: رجسٹریشن کے دوران، ترتیب دیا جائے گا اور پورٹل میں لاگ ان کے لیے، درکار ہو گا۔ |
|--|---|

اپنی ای میل کی تصدیق کریں - FCPS فراہم کردہ ایڈریس پر ایک ای میل بھیجے گا، جس میں تصدیق کی درخواست کی جائے گی۔ یہ ای میل ڈھونڈ کر اسے کھولیں۔ "Confirmation" کے لفظ پر کلک کریں۔

| | |
|--|---|
| طالب علم کا آئی ڈی نمبر: | اسکول کا نام: |
| والد یا والدہ/ قانونی سرپرست کا پہلا نام | والد یا والدہ/ قانونی سرپرست کا آخری نام: |

| | |
|---|---|
| طالب علم کا پہلا نام: | طالب علم کا آخری نام: |
| پتنہ: | والد یا والدہ/ قانونی سرپرست کا فون نمبر: |
| جنس: کسی ایک پر دائرہ بنائیں۔ مرد عورت مخنث | طالب علم کی DOB (تاریخ پیدائش): |
| طالب علم کی قومیت: | طالب علم کی تہذیب: |

میرا بچہ ایک کھلاڑی ہے (کسی ایک کھیل کا نام تحریر کریں):

کیا آپ کے پاس ہیلتھ انشورنس ہے؟ جی ہاں جی نہیں فراہم کرنے سے انکار

| | |
|--|---|
| انشورنس کی معلومات: | انشورنس فراہم کنندہ کا نام: |
| انشورنس ممبر آئی ڈی/ پالیسی نمبر: | انشورنس گروپ نمبر: |
| پرائمری انشورنس رکھنے والے فرد کا نام: | پرائمری انشورنس رکھنے والے فرد کی DOB (تاریخ پیدائش): |

انشورنس نہ ہونے کی صورت میں، براہ مہربانی اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کریں:

میں سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کرنے سے انکار کرتا ہوں

| | |
|--|---|
| طالب علم COVID-19 ویکسین کی کتنی خوراکیں حاصل کر چکا ہے؟ <input type="checkbox"/> کوئی نہیں <input type="checkbox"/> ایک <input type="checkbox"/> دو | پہلی خوراک کی تاریخ _____ دوسری خوراک کی تاریخ _____ |
|--|---|

براہ مہربانی نوٹ کریں: یہاں پر ڈالی گئی ویکسینیشن کی معلومات FCPS کے اسٹوڈنٹ انفارمیشن سسٹم میں اپ ڈیٹ نہیں کی جائے گی۔ والد یا والدہ/ قانونی سرپرست کو اس اسکول کے ساتھ براہ راست طالب علم کی ویکسینیشن کی معلومات شیئر کرنی ہوں گی جہاں وہ داخل ہے۔ یہ معلومات اپ ڈیٹ کرنے کے لیے، براہ مہربانی طالب علم کے اسکول سے رابطہ کریں۔

مجھے، زیر دستخطی، COVID-19 ٹیسٹ کے مقصد، طریقہ کار، ممکنہ عوائد اور خطرات سے آگاہ کر دیا گیا ہے اور میں نے اس باخبر رضامندی کی ایک کاپی موصول کر لی ہے (منسلک کاغذات ملاحظہ کریں)۔ دستخط کرنے سے پہلے مجھے سوالات پوچھنے کا موقع فراہم کیا گیا تھا اور مجھے کہا گیا تھا کہ میں کسی بھی وقت اضافی سوال پوچھ سکتا ہوں۔ COVID-19 کی اس ٹیسٹنگ کے لیے، میں نے رضاکارانہ طور پر رضامندی ظاہر کی ہے۔

میں اپنی صحت کی محفوظ معلومات کا انکشاف کرنے سے اتفاق کرتا ہوں، جیسا کہ درج بالا منظوری میں بیان کیا گیا ہے (منسلک کاغذات ملاحظہ کریں)۔

تاریخ

دستخط

والد یا والدہ/ قانونی سرپرست کا نام