

برنامج فحص الطلاب لمرض كوفيد-19 في مدارس ميلووكي العامة  
القبول/عدم القبول ونموذج الموافقة  
للعام الدراسي 2021-22



تقدم مدارس ميلووكي العامة فحوصات كوفيد-19 للطلاب الذي تظهر عليهم أعراض بالإضافة إلى فحوصات روتينية أسبوعية. تستخدم مدارس ميلووكي العامة هذا النموذج لتوثيق رغبتك في مشاركة طفلك في برنامج فحص كوفيد-19 بالمنطقة التعليمية. إذا اخترت مشاركة طفلك في البرنامج، فسيقوم هذا النموذج بتوثيق موافقتك على فحص طفلك للكشف عن كوفيد-19 ومشاركة البيانات التي تم جمعها مع هيئات الصحة العامة المختصة.

**لماذا يتم إجراء الفحص؟** سيساعد إجراء الفحص في الحد من انتشار مرض كوفيد-19 في المجتمع والتأكد سلامة بيانات التعليم والعمل في مدارسنا. إن إجراء الفحوصات للطلاب سيساعد إدارة التعليم في المنطقة على التعرف بسرعة على الحالات المصابة بمرض كوفيد-19، وهو أمر بالغ الأهمية لمنع تفشي المرض في المدارس.

**ما هو الفحص؟** بموافقتكم، سيتم إجراء فحص تشخيصي لطفلكم تحسباً لإصابته بمرض كوفيد-19. يتضمن جمع عينة الفحص إدخال مسحة صغيرة في فتحتي الأنف. لن يتم إجراء الفحص إلا بموافقة موافقة الوالد/الوصي.

**كيف سأعرف نتائج الفحص؟** سيتم اطلاعك على نتيجة الفحص أو كيفية استلام نتيجة الفحص عبر الهاتف أو الرسائل النصية أو البريد الإلكتروني.

**ماذا علي أن أفعل عندما أتلقي نتائج فحص طفلي؟** إذا كانت النتيجة إيجابية، فهذا يعني أنه تم اكتشاف الفيروس في عينة طفلك. سوف تتلقى الرد من مدرسة طفلك أو من أخصائي متدرب على هذه الفحوصات. سيطلب منك استلام طفلك (أو عدم إرسال طفلك إلى المدرسة) وسيتم تزويدك بمعلومات حول إبقاء طفلك في المنزل، والمتابعة مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك، ومتى يمكن لطفلك العودة إلى المدرسة. إذا كانت نتيجة فحص طفلك سلبية، فهذا يعني أنه لم يتم اكتشاف الفيروس في عينة طفلك في الوقت الحالي. سيطلب منك اتباع التعليمات التي قدمتها مدرسة طفلك بعد نتيجة الفحص هذه.

معلومات جهات الاتصال

تُكمل من قبل الوالد/الوصي أو الطالب (إذا كان عمره 18 سنة أو أكبر) – يُرجى الكتابة بخط اليد

الاسم الأخير للطلاب:	
الاسم الأول للطلاب:	الاسم الأوسط:
عنوان الشارع:	
المدينة:	الولاية: WI
رقم هوية الطالب:	الرمز البريدي:
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	رقم هوية الطالب:
اسم الوالد(ة)/الوصي القانوني:	
البريد الإلكتروني للوالد(ة)/الوصي القانوني:	
رقم هاتف الوالد(ة)/الوصي القانوني:	
يرجى توضيح ما إذا كنت ترغب في مشاركة طفلك في برنامج فحص كوفيد-19 في مدارس ميلووكي العامة:	
<input type="checkbox"/> نعم، أوافق على مشاركة طفلي في برنامج فحص كوفيد-19 وأسمح لطفلي بإجراء الفحص (حدد كل ما ينطبق): <input type="checkbox"/> عندما تظهر أعراض <input type="checkbox"/> روتينياً على أساس أسبوعي	
<input type="checkbox"/> لا، لا أوافق على مشاركة طفلي في برنامج فحص كوفيد-19.	

بالتوقيع أدناه، أقر أنني:

- وقّعت على هذا النموذج بحريتي ومحض إرادتي، وأنا موكل قانونياً لاتخاذ قرارات بشأن الطفل المذكور أعلاه.
- من خلال منح الموافقة على إجراء الفحص لطفلي، أوافق على أنه يجوز للمدرسة اطلاع طفلي على نتائج الفحص.
- من خلال إعطاء الموافقة على فحص طفلي، أوافق على فحص طفلي من قبل فريق المدرسة وأو موظفي الرعاية الصحية المتعاقد معهم وموظفي إدارة الصحة المحلية والقبلية و/أو غيرهم من الموظفين المدرسين وفقاً لتوجيهات المدرسة. أدرك أنه إذا كان عمر طفلي من 14 إلى 17 عاماً، فسيطلب مني تقديم موافقة شفوية على إجراء الفحص.
- أدرك أن نموذج الموافقة هذا سيكون ساري المفعول حتى 31 يوليو 2022، ما لم أبلغ مدير المدرسة في مدرسة طفلي كتابياً بالغاء موافقتي.
- بالتوقيع على الموافقة لإجراء الفحص لطفلي، أدرك أنه قد تتم مشاركة نتائج الفحص مع المدرسة والمقاطعة وهيئات الصحة العامة المحلية وعلى مستوى الولاية وعلى المستوى الفدرالي وفقاً لما يسمح به القانون.
- أدرك أنه إذا كنت طالباً بعمر 18 عاماً أو أكثر، أو بحق لي قانونياً أن أوافق على رعايتي الصحية، فإن الإشارات إلى "طفلي" تشير إليّ ويمكنني التوقيع على هذا النموذج بنفسني.

تفضل بزيارة صفحة ويب مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها للمزيد من المعلومات: [www.cdc.gov/coronavirus](http://www.cdc.gov/coronavirus)

التوقيع – الوالد(ة)/الوصي أو الطالب (إذا كان عمره 18 سنة أو أكبر)	التاريخ
---	---------