Bayerisches Staatsministerium für
Familie, Arbeit und Soziales

نموذج تأكيد الالتزام بإثبات إجراء الفحص

لن تتم بعد 10 يناير 2022 رعاية الأطفال الذين أتموا عامهم الأول ولم يبلغوا سن الذهاب إلى المدرسة بعد في حضانات أو رياض الأطفال، إلا إذا قدم أهاليهم / الأشخاص أصحاب حق الرعاية الإثباتات بأنه تم إجراء فحص كورونا لأطفالهم في 3 أيام من الأسبوع، وأن النتيجة كانت سلبية.

أؤكد أنا بأن طفلي/ نؤكد نحن بأن طفلنا سيجري فحص كورونا ثلاث مرات في الأسبوع ولن آخذه / نأخذه إلى الحضانة أو روضة الأطفال (دار رعاية الأطفال) إلا إذا كانت نتيجة الفحص سلبية.

____

اسم الطفل (بالأحرف اللاتينية)
(Name Personenberechtigte/r)

اسم الشخص صاحب حق رعاية الطفل (بالأحرف اللاتينية)
(Name des Kindes)

____

روضة الأطفال / مركز رعاية الأطفال / مراكز الرعاية لذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة HPT
(Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflegestelle/ HPT)

توقيع الشخص صاحب حق رعاية الطفل Unterschrift Personensorgeberechtigte/r	**كيف تم أخذ العينة للفحص ـ من الأنف (اختصاراً n) أو من لعاب الفم (s)** Probenentnahme Nasal (n) oder Speichel (s)	**الفحص المستخدم (اسم الشركة المنتجة)** Verwendeter Test (Hersteller)	**النتيجة السلبية بهذه العلامة ✓** Negatives Ergebnis ✓	**تاريخ إجراء الفحص والتوقيت (الساعة بالضبط)** Testdatum und Uhrzeit

تاريخ إجراء الفحص والتوقيت (الساعة) بالضبط Testdatum und Uhrzeit	النتيجة السلبية بهذه العلامة ✓ Negatives Ergebnis ✓	الفحص المستخدم (اسم الشركة المنتجة) Verwendeter Test (Hersteller)	كيف تم أخذ العينة للفحص – من الأنف (اختصاراً n) أو من لعاب الفم (s) Probenentnahme Nasal (n) oder Speichel (s)	توقيع الشخص صاحب حق رعاية الطفل Unterschrift Personensorgeberechtigte/r