

FHS NHS Test and Trace consent form COVID-19 Testing pentru studenți

și membri ai personalului ianuarie 2021

Dragi părinți / îngrijitori, studenți și membri ai personalului,

Re: FHS Mass Covid19 Testing Consent ianuarie 2021 (Se returnează până marți, 5 ianuarie)

Vă rugăm să citiți informațiile de mai jos, așa cum se aplică pentru dvs. și să completați și să returnați cât mai curând posibil. De asemenea, vă recomandăm să urmăriți scurta explicație a strategiei la:

<https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-asymptomatic-testing-in-schools-and-colleges/coronavirus-covid-19-testare-asimptomatică-în-școli-și-colegii>

- Pentru elevii cu vârsta sub 16 ani - acest formular trebuie completat de către părinte sau tutorele legal. Vă rugăm să completați un formular de consimțământ pentru fiecare copil pe care doriți să îl înscrieți.
- Personalul va completa singur acest formular.

1. Am avut ocazia să iau în considerare informațiile furnizate de școală despre testare, să pun întrebări și am primit răspunsuri satisfăcătoare, pe baza informațiilor prezentate în scrisoarea din 29/12/2020. În cazul sub 16 ani, am discutat testarea cu copilul meu și copilul meu este fericit să participe. Dacă în ziua testării nu vor să participe, atunci nu vor fi obligați să facă acest lucru și consimțământul poate fi retras în orice moment înainte de test.

3. Sunt de acord ca copilul meu să aibă un tampon pe nas și gât pentru un test de flux lateral.

4. Sunt de acord că eșantionul / probele copilului meu / copilul meu vor fi testate pentru prezența COVID-19.

5. Înțeleg că, dacă copilul meu / rezultatul (rezultatele) meu (e) sunt negative la testul de flux lateral, nu voi fi contactat de școală decât în cazul în care aceștia / dumneavoastră sunt un contact strâns al unui pozitiv confirmat.

6. Dacă testul fluxului lateral indică prezența COVID-19, sunt de acord ca copilul meu să aibă / să aibă un tampon de nas și gât pentru testarea confirmativă a PCR, care va fi trimis în aceeași zi la un laborator NHS Test & Trace.

7. Sunt de acord că va trebui să mă autoizolez în urma unui rezultat pozitiv al testului de curgere laterală, până când au fost primite rezultatele PCR de confirmare.

8. Sunt de acord că, în cazul în care rezultatele testului copilului meu / ale copilului meu sunt confirmate ca fiind pozitive în urma acestui test PCR, voi raporta acest lucru școlii / colegiului și înțeleg că eu / copilul meu va trebui să se autoizoleze în urma sfaturilor de sănătate publică .

9. Sunt de acord că, dacă un contact strâns al copilului meu este pozitiv, dar eu / copilul meu am dat rezultate negative, voi continua să frecventez școala / facultatea, dar voi fi testați în fiecare zi la școală / colegiu timp de 7 zile.

Numele elevului / studentului / personalului care urmează să fie testat (tipărit)

Anul grupului (dacă este cazul)

Numele părintelui sau tutorelui dacă are sub 16 ani (tipărit)

Semnătură

Data

Relația cu copilul dacă are sub 16 ani

Cu stimă,
John Whitehead - Director