

Согласие Родителя/Опекуна на Тестирование на COVID-19

Уважаемые Родители и Опекуны,

Начиная с 4 января 2021 года школьный округ города Итака (ICSD) будет проводить скоординированную программу тестирования на COVID-19 (КОВИД-19) для студентов и сотрудников. Наш округ не обязан участвовать в тестировании. Наши школы не попадают ни в одну из установленных государством кластеров или зон. Это отражает наше стремление поддерживать наши школы открытыми как для дистанционного, так и для очного обучения.

Школьные медсестры и другой обученный персонал будут использовать тестовые наборы, предоставленные Министерством Здравоохранения штата Нью-Йорк. Для анализа требуется **только мазок изнутри носа**. **Анализы проводятся бесплатно** для студентов и сотрудников. Моделируя нашу программу в соответствии с требованиями «Желтой зоны» штата Нью-Йорк, мы будем тестировать 20% присутствующих студентов и сотрудников каждые 2 недели.

В рамках подготовки, школьный округ города Итака просит вас заполнить Форму Согласия, как указано ниже. Это позволит вашему ребёнку (детям) пройти тестирование на COVID-19 в школе.

Мы не будем тестировать вашего ребёнка (детей) без вашего согласия.

***Требуется заполнить обязательно.**

1. Имя ребёнка *

2. Фамилия ребёнка *

3. Класс ребёнка *

Отметьте только один пункт.

- Pre-Kindergarten (Пре-Киндергартен - класс перед детским садом)
- Kindergarten (Киндергартен - детский сад)
- 1ый Класс
- 2ой Класс
- 3ий Класс
- 4ый Класс
- 5ый Класс
- 6ой Класс
- 7ой Класс
- 8ой Класс
- 9ый Класс
- 10ый Класс
- 11ый Класс
- 12ый Класс

4. Дата рождения ребёнка:*

Пример: Январь 7, 2019

5. Номер студенческого билета ребёнка (ICSD):

Если не известен, не заполняйте.

6. Школа, в которой учится ребёнок: *

Отметьте только один пункт.

- Belle Sherman Elementary (Белль Шерман)
- Beverly J. Martin Elementary (Беверли Дж. Мартин)
- Boynton Middle School (Бойнтон)
- Caroline Elementary (Кэролайн)
- Cayuga Heights Elementary (Каюга)
- DeWitt Middle School (ДеВитт)
- Enfield Elementary (Энфилд)
- Ithaca High School (Итака Хай)
- Lehman Alternative Community School (Леман Алтернатив)
- North Elementary (Норс Элементари)
- South Hill Elementary (Саус Хилл Элементари)

Согласие на тестирование на COVID-19 несовершеннолетнего ребенка.

Предоставляя информацию ниже, я подтверждаю, что:

(РАЗДЕЛ НИЖЕ ДОЛЖЕН ЗАПОЛНИТЬ РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН РЕБЕНКА МЛАДШЕ 18 ЛЕТ)

- Я разрешаю моему ребёнку пройти тестирование на инфекцию COVID-19.
- Я понимаю, что мой ребёнок может проходить тестирование несколько раз до 30 июня 2021 года, и что тестирование может проводиться при следующих условиях: (1) в соответствии с графиком ICSD; (2) если у него/неё появятся один или несколько симптомов COVID-19; и/или (3) если он/она находится в тесном контакте со студентом, учителем или сотрудником с инфекцией COVID-19.
- Я разрешаю обмен конфиденциальной медицинской информацией (protected health information - PHI) и личной информацией, как это разрешено законом, в целях отчетности.
- Я понимаю, что эта Форма Согласия будет действительна до конца 2020-21 учебного года, если только я не уведомя в письменной форме лицо, назначенное для контакта в школе моего ребенка, о том, что я снимаю свое согласие.

7. Полное Имя Родителя/Опекуна, заполнившего эту форму
(Имя и фамилия)

8. Родственность по отношению к ребёнку:
Отметьте только один пункт

- Родитель
- Юридический опекун
- Лицо, назначенное судом для охраны ребёнка
- Лицо, состоящее в родительских отношениях с ребёнком

Контакты Студента в экстренных случаях:

Пожалуйста, предоставьте ниже информацию для контакта, если в экстренном случае нам надо отправить студента домой:

Экстренный Контакт №1

9. **Экстренный Контакт №1, Полное Имя**
(Имя и фамилия)

10. **Экстренный Контакт №1, Номер Телефона:**

11. **Экстренный Контакт №1, Email Адрес:**

12. Вы даёте разрешение этому контакту забрать вашего ребёнка из школы в экстренной ситуации?

Отметьте только один пункт

Да

Нет

13. Экстренный Контакт №1, Адрес:

14. Можно ли в экстренном случае привезти студента по этому адресу?

Отметьте только один пункт

Да

Нет

Экстренный Контакт №2

15. Экстренный Контакт №2, Полное Имя
(Имя и фамилия)

16. Экстренный Контакт №2, Номер Телефона:

17. Экстренный Контакт №2, Email Адрес:

18. Вы даёте разрешение этому контакту забрать вашего ребёнка из школы в экстренной ситуации?

Отметьте только один пункт

Да

Нет

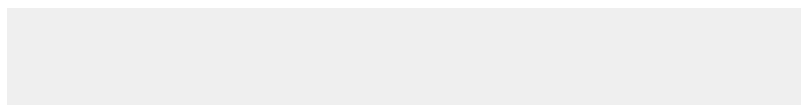
19. Экстренный Контакт №2, Адрес:

20. Можно ли в экстренном случае привезти студента по этому адресу?

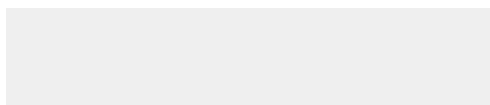
Отметьте только один пункт

Да

Нет



Подпись Родителя или Опекунa



Дата