

**فرم تائید سلامت**  
**برای فعالیت معمول در مدارس ایالت مکلن بورگ فورپمرن**  
**تحت شرایط کرونا**  
**از 15 سپتامبر 2020**

نام مدرسه
آدرس مدرسه (خیابان، پلاک ساختمان، کد پستی، شهر)
نام، نام خانوادگی دانش‌آموز
تاریخ تولد دانش‌آموز

**بخش الف: مسافران بازگشت کننده**

اینجانب با امضای خود اظهار می‌دارم که برای دانش‌آموز فوق، مطابق با مقررات جاری قرنطینه SARS-CoV-2 در 14 روز اخیر، موارد زیر صدق نمی‌کند:

- اقامت در یک منطقه پرخطر مطابق با تعریف کنونی موسسه رابرت کخ (مراجعه شود به: <https://www.rki.de/covid-19-risikogebiete>) یا
- ورود از یک منطقه یا یک شهر مستقل به مکلن بورگ فورپمرن یا سکونت در آن، که در 7 روز اخیر، قبل از ورود، تعداد عفونت‌های جدید طبق اعلام موسسه رابرت کخ، بیش از 50 مورد به ازای 100.000 سکنه بوده است. (مراجعه شود به: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie>).

اینجانب با امضای خود تائید می‌کنم که آگاه هستم که افرادی که از یک منطقه پرخطر کرونا یا منطقه بخصوص درگیر در آلمان بازگشته‌اند باید مطابق با عبارت 3 بند 1 ماده 1 در ارتباط با عبارت 1 بند 1 ماده 1، بند 5 5 SARS-CoV-2 مقررات قرنطینه به مدت 14 روز از رفتن به مدرسه خودداری کنند. علاوه بر این مطلع هستم که اینجانب مطابق با عبارت 4 بند 1 ماده 1 مقررات قرنطینه SARS-CoV-2- باید این اظهارنامه را در اسرع وقت به مدرسه ارائه نمایم و مقررات جریمه مطابق با ماده 4 دستورالعمل قرنطینه SARS-CoV-2 اعمال می‌گردد.

مادامیکه دانش‌آموز فوق از یک منطقه پرخطر کرونا یا یک منطقه با درگیری خاص در آلمان بازگشته و قرنطینه پس از بازگشت کوتاه شده، اینجانب تائید می‌کنم که به این قرنطینه، مطابق با مقررات قرنطینه SARS-CoV-2 در نسخه معتبر فعلی، توسط اداره بهداشت و سلامت پایان داده شده است.

امضا	تاریخ
(سرپرست قانونی دانش‌آموز یا دانش‌آموز بالغ قانونی)	

## بخش ب: تائید سلامت

اینجانب **مطلع هشتم** که برنامه کنترل عفونت و اقدامات بهداشتی مدارس در مکلن بورگ فورپمرن (طرح بهداشتی برای SARS-CoV-2) در نظر دارد که در صورت بروز علائمی که با SARS-CoV-2 مطابقت داشته باشد، اجازه ورود افراد را به مدرسه ندهد.

این در مورد اشخاصی صدق می‌کند که:

- علائم سازگار با کرونا، مانند تب با دمای بالاتر از  $38^{\circ}\text{C}$ ، سرفه، اختلال در حس بویایی و / یا چشایی، آبریزش بینی (فقط به همراه علائم ذکر شده) را نشان دهند،

یا مطلع هستند که

- با فرد مبتلا به عفونت SARS-CoV-2 تماس دارند یا
- در 14 روز گذشته با فرد مبتلا به عفونت SARS-CoV-2 در تماس بوده‌اند.

علاوه بر این من **مطلع هشتم** که مطابق با بند 8 مصوبه عمومی وزارت اقتصاد، کار و بهداشت در توافق با وزارت آموزش، علوم و فرهنگ و وزارت نیرو، زیرساخت‌ها و دیجیتال سازی و دستورالعمل‌های نظارت فنی و خدماتی وزارت آموزش و پرورش، علوم و فرهنگ در مورد رفتن به مدرسه، به منظور مهار بیماری‌های تنفسی COVID-19 / انتقال SARS-CoV-2، اگر دانش‌آموز فوق با شخصی تماس گرفته باشد که ثابت شود مبتلا به SARS-CoV-2 می‌باشد (بطور متوالی بیش از 15 دقیقه تماس چهره به چهره با فرد آلوده به SARS-CoV-2)، باید فوراً به مدرسه اطلاع داده شود.

من با امضای خود **اظهار می‌دارم** که

- دانش‌آموز فوق هیچگونه اختلالی در سلامت ندارد و
- تا آنجا که من اطلاع دارم، در 14 روز گذشته هیچ تماسی بین دانش‌آموز فوق و فردی که آزمایش SARS-CoV-2 وی مثبت شده است (بیش از 15 دقیقه تماس چهره به چهره با فرد آلوده به SARS-CoV-2) رخ نداده است.

---

امضا

---

تاریخ

(سرپرست قانونی دانش‌آموز یا دانش‌آموز بالغ قانونی)