

## [نېټه]

د رنو والدینو/سرپرستانو:

د پروویدینس عامه تعلیمي حوزه (PPSD) به د کرونا وایرس د مخنیوي لپاره زموږ د هڅو د یو برخي په توګه ستاسو د ماشوم په ښوونځي کې د COVID-19 معاینات وړاندې کړي.

د اوسنېو عامه روغتيايي شرايطو پر بنسټ به PPSD د ښوونځي د لومړیو اونيو پر مهال، د ښوونځيو له رخصتيانو څخه وروسته او کله چې د پروویدینس ولایت د ناروغېو د کنټرول او مخنیوي د مرکزونو (CDC) لخوا "د لور انتقال" په توګه وپېژندل شي، له علامو پرته معاینات وړاندې کړي. معاینات به ستاسو د ماشوم په ښوونځي کې ټولو زده کونکو او کارکوونکو ته د لاسرسي وړ وي. پدغه وختونو کې، د تعلیمي حوزې موخه د توکو د شتون په پام کې نیولو سره په اونۍ یو ځل د معایناتو وړاندې کول دي.

د دې سربېره، که چېرې ستاسو ماشوم په ښوونځي کې د شتون پر مهال علايم څرګند کړي، د ښوونځي نرسان به له علامو څخه پرته معاینې ترسره کولو وړتیا ولري ترڅو زده کونکو لپاره د معاینې وخت ته ګرندی کړي.

د اوسنېو توکو پر بنسټ، معاینات به د چټک انټی جن معاینې کارولو سره ترسره شي. د هرې معاینې لپاره به ستاسو ماشوم د پوزې جذبونکي لایه تر لاسه کړي، که چېرې د ماشوم معاینه مثبتې وي والدین به تیلیفوني اړیکه تر لاسه کړي.

د ښوونځي اداره به د BinaxNOW او PCR معایناتو ته لاسرسي ولري. که چېرې تاسو د دې پروګرام پر مهال د معاینې په اړه کومه پوښتنه ولری، مهرباني وکړئ د خپل ماشوم له ښوونځي سره په اړیکه کې شئ. تاسو، د والد/سرپرست په توګه، یا ستاسو ماشوم په هر وخت کې کولای شي چې معاینه رد کړي.

PPSD ستاسو د زده کونکي لپاره ستاسو اجازې ته اړتیا لري ترڅو د معاینې په دغه پروګرام کې ګډون وکړي. که چېرې تاسو څواری چې ستاسو ماشوم د COVID-19 په معاینې کې ګډون وکړي، سربکال مني کې کله چې تعلیمي کال پیل شي دغه فورمه لاسلیک او بېرته وسپاری. که چېرې تاسو د ښوونځي د تېر کال لپاره له وړاندې څخه خپل رضایت سپارلی وي پدې صورت کې تاسو اړتیا نه لری چې د رضایت بله فورمه وسپاری.

د زده کونکي نوم:

\_\_\_\_\_

د ښوونځي نوم:

\_\_\_\_\_

د زده کونکي د زیږون نېټه:

\_\_\_\_\_

د والد/سرپرست د تیلیفون شمېره:

\_\_\_\_\_

د والد/سرپرست برېښنالیک:

\_\_\_\_\_

د والد/سرپرست لاسلیک:

\_\_\_\_\_

زموږ په ایالت او زموږ ښوونځيو کې د COVID-19 د مخنیوي، کشف، او معاینې د پراختیا لپاره زموږ په هڅو کې ستاسو له ملاتړ څخه مننه.