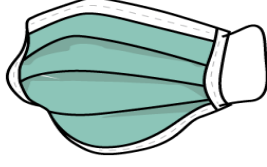


ફરજીયાત માસ્ક પહેરીએ  
સલામત અંતર રાખીએ  
વારંવાર હાથ ધોઈએ



પ્રતિ,

આચાર્ય શ્રી,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

વિષય : મારા પુત્ર/પુત્રી/પાલ્ય ને કોવિડ-૧૯ રસીકરણ માટે સંમતિ આપવા બાબત.

મે સાહેબ શ્રી,

સવિનય ઉપરોક્ત વિષય ના અનુસંધાને જણાવવાનું કે મારો પુત્ર/પુત્રી/પાલ્ય નામ: \_\_\_\_\_ ધોરણ \_\_\_\_\_ વર્ગ \_\_\_\_\_ માં આપની કોલેજમાં અભ્યાસ કરે છે. સવિનય કોવિડ-૧૯ ની હાલની પરિસ્થિતિમાં સરકારશ્રી દ્વારા નિયત કરવામાં આવેલ ૧૫ થી ૧૮ વર્ષના વિદ્યાર્થીઓના રસીકરણ કાર્યક્રમ અંતર્ગત હું મારા પુત્ર/પુત્રી/પાલ્ય ને આ સાથે રસીકરણ માટેની સંમતિ આપું છું. કોવિડ-૧૯ સામેના રક્ષણ માટે સરકારશ્રી, આરોગ્ય વિભાગ અને કોલેજ દ્વારા સૂચિત તમામ નિયમો અને સૂચનો અને મારા પુત્ર/પુત્રી/પાલ્યને માન્ય અને બંધનકર્તા રહેશે. મારો પુત્ર/પુત્રી/પાલ્ય કોલેજમાં ફરજીયાત માસ્ક પહેરશે. સલામત અંતર રાખશે અને કોવિડ-૧૯ ની તમામ ગાઇડલાઇનનું ચુસ્તપણે પાલન કરશે. જેની હું આ સાથે બાંહેધરી અને રસીકરણ માટે મારી સંમતિ આપું છું.

આપનો વિશ્વાસુ,

વાલીની સહી. \_\_\_\_\_

વાલી નો મોબાઇલ નંબર

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

વિદ્યાર્થીનો આધાર નંબર: \_\_\_\_\_

વિદ્યાર્થીની જન્મ તારીખ : \_\_\_\_\_