



Australian Government

Department of Home Affairs

Health undertaking

உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு உறுதிமொழி

Form

815 TAM

TAMIL

முக்கியம் – உங்களுடைய பொறுப்பேற்புப் படிவத்தினைப் பூர்த்தி செய்வதற்கு முன்பாக இத் தகவல்களைக் கவனமாக வாசிக்கவும். பொறுப்பேற்புப் படிவத்தை நிரப்பிய பிறகு உங்களுக்கென இதன் பிரதி ஒன்றை நீங்கள் வைத்துக்கொள்ளவேண்டும் என்பது எமது வலுவான ஆலோசனையாகும்.

உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு ஒன்றில் கையொப்பமிடவேண்டிய தேவை யாருக்கு உள்ளது?

உடல்நல சோதனைகள் மூலமாக எலும்புருக்கி நோய் (காசநோய்), அல்லது கவலையூட்டவல்ல இதர நோய் நிலைகளுக்கு ஆளாகி இருப்பதாக அடையாளம் காணப்பட்டுள்ள விண்ணப்பதாரிகளுக்கு உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு ஒன்று அவசியமாகும்.

உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு என்பது எதற்காக

பாரதூரமான தொற்று நோயான எலும்புருக்கி நோய் குறித்து ஆஸ்திரேலியாவில் பொதுமக்கள் மிகவும் கவனமாக இருப்பர். எலும்புருக்கி நோய்க்குச் சிகிச்சையளிக்க இயலும், எனவே இந்த நோயால் தீவிர பாதிப்பிற்கு ஆளாகும் அபாயத்தில் இருப்போர் ஆஸ்திரேலியாவில் வந்திறங்கிய பிறகு தொடர்ந்து சிகிச்சைக்கான உதவி பெறுவதை உறுதிப்படுத்துவதே இந்த உடல்நலப் பொறுப்பேற்பின் நோக்கமாகும்.

உங்களுடைய மதிப்பீட்டின் பொழுது உங்களுக்குத் தீவிரமான காசநோய் இல்லை என்பதில் எமது மருத்துவர்கள் திருப்தியடைந்தனர். இருப்பினும், தனிநபர் ஆபத்துக்கூறுகள் என்பதன் அர்த்தம் இந்த நோய் வராமல் இருப்பதை உறுதிப்படுத்துவதற்காக ஆஸ்திரேலியாவில் சிலருக்குத் தொடர்மருத்துவ சோதனைகள் தேவைப்படும் என்பதாகும்.

‘ஹெபடைட்டிஸ்-பி’, ‘ஹெபடைட்டிஸ்-சி’, ‘ஹெச்.அய்.வி’, தொழுநோய் போன்ற இன்னொரு நோயின் காரணமாக உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு உறுதிமொழி ஒன்றும் உங்களுக்குத் தரப்பட்டிருக்கக்கூடும்.

அதிகாரம் பெற்ற சுகாதார மருத்துவ சிகிச்சையகம் ஒன்றில் உங்களுக்கென ஒழுங்கு செய்யப்பட்டுள்ள சந்திப்புவேளைகளுக்கு நீங்கள் தவறாமல் செல்லவேண்டும் என்று ஆஸ்திரேலிய அரசுடன் ஏற்படுத்திக்கொள்ளப்படும் ஒப்பந்தமே ‘உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு’ என்பதாகும். இந்த உடல்நலப் பொறுப்பேற்பில் கையொப்பம் இடுவதன் மூலமாக இந்த மருத்துவ நிலையம் அறிவுறுத்தும் சோதனைகள் அல்லது சிகிச்சைகளை மேற்கொள்ள நீங்கள் சம்மதிக்கிறீர்கள் என்பது இதன் பொருளாகும்.

இப்போது நான் செய்யவேண்டியது என்ன?

உடல்நலப் பொறுப்பேற்பிற்கு சம்மதிக்க நீங்கள் முடிவுசெய்தால், இப்படிவத்தில் கையொப்பமிட்டு உங்களுடைய விசா விண்ணப்பத்தினை செயல்முறைப்படுத்தும் ‘உள் நாட்டு விவகாரத் திணைக்களம்’ அலுவலகத்திற்கு இப் படிவத்தினை நீங்கள் அனுப்பவேண்டும்.

விண்ணப்பதாரர் 16 வயதிற்குக் கீழ்ப்பட்ட, வயதடையாதவராக இருந்தால், அவரது பெற்றோரில் ஒருவரோ, பாதுகாவலரோ ‘படிவம் 815’-இல் கையொப்பமிடவேண்டும்.

இதற்குப் பிறகு இப் படிவத்தின் பிரதி ஒன்று உங்களுக்குத் தரப்படும். நீங்கள் ஆஸ்திரேலியாவிற்கு வந்த பிறகு, ‘உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு சேவை’யுடன் நீங்கள் தொடர்புகொள்ளவேண்டும் என்பதால், இப் பிரதியை நீங்கள் வைத்திருக்கவும்.

வெளிநாட்டிலிருந்து நான் விண்ணப்பித்து எனக்கு விசா வழங்கப்பட்ட பிறகு நான் ஆஸ்திரேலியாவிற்கு வந்தால் என்ன நடக்கும்?

நெருங்கிய குடும்பத்தினர், நண்பர்கள் மற்றும் சமூகத்தினருக்கு எலும்புருக்கி நோய் பரவும் அபாயத்தினை மட்டுப்படுத்துவதற்கென இலவச துவக்க நிலை மருத்துவப் பரிசோதனைகளை ஆஸ்திரேலிய அரசு வழங்குகிறது. அவசியம் என்று மருத்துவர் முடிவு செய்தால், எலும்புருக்கி நோய்க்கான சிகிச்சை ஒழுங்கு செய்யப்படும்.

குறிப்பு: உங்களுடைய உடல்நலத்தை முன்னிட்டு சந்திப்புவேளை ஒன்றை சீக்கிரம் ஏற்படுத்திக்கொள்ளுங்கள்.

இந்த விண்ணப்பத்திற்கான உடல்நல சோதனைகளை நீங்கள்

ஆஸ்திரேலியாவிற்கு வெளியே மேற்கொண்டிருந்தால்

நீங்கள் ஆஸ்திரேலியாவிற்கு வந்தவுடன் ‘உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு சேவை’(Health Undertaking Service (HUS))யுடன் தொடர்புகொள்ளுமாறு கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறீர்கள். நீங்கள் வந்து சேர்ந்த 4 வாரங்களுக்குள் HUS -உடன் சந்திப்புவேளை ஒன்றை ஏற்படுத்திக்கொள்ளவேண்டியது கட்டாயமாகும். HUS -உடன் எப்படித் தொடர்புகொள்வது என்பதைத் தெரிந்துகொள்ள <https://immi.homeaffairs.gov.au/help-support/meeting-our-requirements/health/health-undertaking> எனும் வலைத்தலப் பக்கத்தினைத் தரிசியுங்கள்.

இந்த விண்ணப்பத்திற்கான உடல்நல சோதனைகளை நீங்கள்

ஆஸ்திரேலியாவில் மேற்கொண்டிருந்தால்

உங்களுடைய விசா ஆஸ்திரேலியாவில் வழங்கப்பட்டிருந்தால், ஆஸ்திரேலிய உடல்நல சிகிச்சையகம் ஒன்றிற்கு நீங்கள் ஏற்கனவே பரிந்துரைக்கப்பட்டிருப்பீர்கள், இருந்தாலும், உங்களுடைய விசா வழங்கப்பட்டதிலிருந்து 4 வாரங்களுக்குள் HUS -உடன் உங்களுடைய விபரங்களை நீங்கள் பதிவுசெய்துகொள்ளவேண்டும். HUS -உடன் தொடர்புகொள்வது எப்படி என்பதைப் பற்றிய தகவல்களுக்கு <https://immi.homeaffairs.gov.au/help-support/meeting-our-requirements/health/health-undertaking> எனும் வலைத்தலப் பக்கத்தினைப் பாருங்கள்.

எனது உடல்நிலையில் மாற்றம் ஏற்பட்டால் என்ன நிகழும்?

உங்களது உடல்நிலையில் மாற்றம் ஏற்பட்டால், உங்களுடைய விசாவிற்கு எந்த ஆபத்தும் ஏற்படாது. உங்களுடைய உடல்நலப் பொறுப்பேற்பிற்குக் கட்டுப்படுத்த தகுந்த மருத்துவ நிலையத்திற்கு நீங்கள் செல்லவேண்டியது முக்கியம். உங்களுடைய நோய்நிலைக்கு வெற்றிரமான முறையில் சிகிச்சை அளிக்கப்படவேண்டுமென ‘திணைக்களம்’ விரும்புகிறது.

உடல்நல சிகிச்சையகம் ஒன்றிற்கு நான் ஏன் செல்லவேண்டும்?

உங்களுடைய நலனைக் கருத்தில்கொண்டு உங்களது ‘உடல்நலப் பொறுப்பேற்பின்’ தேவைப்பாடுகளுக்கு நீங்கள் கட்டுப்படவேண்டும். உங்களையும், உங்களது குடும்பத்தாரையும், ஆஸ்திரேலிய சமூகத்தினரையும் பாதுகாக்க ஆஸ்திரேலிய அரசிற்கு உதவும் வகையில் உடல்நலப் பொறுப்பேற்பிற்கு நீங்கள் அளிக்கும் ஒத்துழைப்பு இன்றியமையாததாகும்.

அந்தரங்கத்தன்மை குறித்த முக்கியத் தகவல்

ஒருவரைப் பற்றிய தகவல்களைத் ‘திணைக்களம்’ திரட்டும் மற்றும் கையாளும் விதத்தினை ஒழுங்குபடுத்தும் 13 ‘ஆஸ்திரேலியத் தகவல் பாதுகாப்புக் கொள்கைகள்’ ‘தகவல் பாதுகாப்பு சட்டம் 1988’-இல் அடங்கியுள்ளன. தன்னுடைய முக்கியமான செயல்பாடுகளுக்காக ஒருவரைப் பற்றிய தகவல்களைத் ‘திணைக்களம்’ எவ்வாறு திரட்டும், பயன்படுத்தும் மற்றும் கையாளும் என்பதைப் பற்றிய தகவல்களை படிவம் 1442i ‘தகவல் பாதுகாப்பு அறிவிப்பு’ என்பதில் காணலாம். ‘திணைக்களம்’ தகவல்களைப் பொதுவாகத் திரட்டும் செயல்முறைகளைப் (படிவம் 1442i இதில் உள்ளடங்கும்) பற்றிய மேலதிகத் தகவல்களை <https://www.homeaffairs.gov.au/access-and-accountability/our-commitments/privacy> எனும் வலைத்தலப் பக்கத்தில் உள்ள ‘திணைக்களம்’த்தின் ‘தகவல் பாதுகாப்புக் கொள்கை’யில் காணலாம்.

உங்களது பயன்பாட்டிற்கென இந்தத் தகவல் ஏட்டினை வைத்துக்கொள்ளுங்கள்



Health undertaking

உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு உறுதிமொழி

Form
815 TAM
TAMIL

Please read the information about your health undertaking on page 1 of this form.

Please use a pen, and write neatly in English using BLOCK LETTERS.

Tick where applicable ☒

இப் படிவத்தின் 1-ஆம் பக்கத்தில் தரப்பட்டுள்ள உங்களது 'உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு' குறித்தத் தகவல்களைத் தயவுசெய்து வாசியுங்கள்.
தயவுசெய்து பேனாவைப் பயன்படுத்தி ஆங்கிலத்தில் பெரிய எழுத்தில் எழுதவும்.

தேவைப்படும் இடத்தில் சரி என்று குறியிடவும் ☒

Your details

உங்களைப் பற்றிய விபரங்கள்

1 Your full name

உங்களுடைய முழுப் பெயர்

Family name

குடும்பப் பெயர்

Given names

இட்ட பெயர்கள்

2 Date of birth

பிறந்த திகதி

DAY நாள்	MONTH மாதம்	YEAR ஆண்டு
/	/	

Office use only

HAP ID

ICSE Client ID

3 Do you have a passport?

உங்களுக்குக் கடவுச்சீட்டு ஒன்று உள்ளதா?

No

இல்லை

Yes

ஆம்

Give details

விபரம் அளிக்கவும்

Passport number

கடவுச்சீட்டு இலக்கம்

Country of passport

கடவுச்சீட்டினை

வழங்கிய நாடு

Date of issue

வழங்கப்பட்ட திகதி

Date of expiry

இறுதியுறும் திகதி

Issuing authority/
Place of issue as
shown in your
passport

உங்களுடைய கடவுச்சீட்டில்

காண்பித்துள்ளவாறு

வழங்கிய அதிகாரம் /

வழங்கப்பட்ட இடம்

Note: Most visa applicants will be required to hold a valid passport before they can be granted a visa. It is strongly recommended that the passport be valid for at least 6 months.

If you change your passport after you have been granted a visa you must notify the nearest Australian Visa Office or office of the Department.

WARNING: You will not be granted a visa without this information

குறிப்பு: விசா வழங்கப்படுவதற்கு முன்னதாக செல்லுபடியாகும் கடவுச்சீட்டு ஒன்றை வைத்திருக்கவேண்டிய அவசியம் பெரும்பான்மையான விண்ணப்பதாரிகளுக்கு இருக்கும். குறைந்தபட்சமாக 6 மாதங்களுக்கு அந்தக் கடவுச்சீட்டு செல்லுபடியாவதாக இருக்கவேண்டும் என்று வலுவாகப் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

உங்களுக்கு விசா வழங்கப்பட்ட பிறகு உங்களுடைய கடவுச்சீட்டை நீங்கள் மாற்றினால் உங்களுக்கு மிக அண்மையிலுள்ள ஆஸ்திரேலியத் தூதரகத்திற்கோ, 'திணைக்கள'த்தினரது விசா அலுவலகத்திற்கோ நீங்கள் அதைக் கட்டாயமாகத் தெரிவிக்கவேண்டும்.

எச்சரிக்கை: இந்தத் தகவல் இல்லாமல் உங்களுக்கு விசா வழங்கப்படமாட்டாது.

4 Do you require an interpreter?
மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் ஒருவர் உங்களுக்குத் தேவையா?

No
இல்லை ☐

Yes
ஆம் ☐ Preferred language
நீங்கள் விரும்பும் மொழி

5 Contact details in Australia
Note: Give full residential address, including postcode and telephone number where possible. If you do not know what your address in Australia will be, you must give the name and address of a person in Australia who will know how to contact you (for example, a relative, a friend, your employer or a staff member at your proposed study institution).

ஆஸ்திரேலியாவில் உள்ள தொடர்பு விபரங்கள்

குறிப்பு: அஞ்சல் குறியீட்டு இலக்கம், மற்றும் இயன்றால் தொலைபேசி இலக்கம் ஆகியவற்றை உள்ளடக்கிய முழு வசிப்பிட முகவரியைத் தாருங்கள். ஆஸ்திரேலியாவில் உள்ள உங்களது முகவரி எதுவாக இருக்கும் என்பது உங்களுக்குத் தெரியவில்லை என்றால், உங்களுடன் எப்படித் தொடர்புகொள்ளலாம் என்பது தெரிந்த நபர் ஒருவரது பெயர் மற்றும் முகவரியை நீங்கள் கொடுக்கவேண்டியது கட்டாயமாகும் (உதாரணமாக, உறவினர் அல்லது நண்பர் ஒருவர், உங்களுக்கு வேலை தருபவர் அல்லது நீங்கள் படிக்கப்போகும் கல்வி நிலையப் பணியாளர் ஒருவர்).

Address
முகவரி

POSTCODE
அஞ்சல் குறியீட்டு இலக்கம்

Telephone numbers
தொலைபேசி இலக்கங்கள்

Office hours
அலுவலக வேலை நேரங்கள்

AREA CODE தொலைபேசி மண்டல இலக்கம்
()

After hours
அலுவலக நேரத்திற்குப் பிந்திய நேரங்கள்

AREA CODE தொலைபேசி மண்டல இலக்கம்
()

Mobile
மொபைல் தொலைபேசி இலக்கம்

6 Do you agree to the Department communicating with you by fax, email, or other electronic means?
தொலைநகல், மின்னஞ்சல், அல்லது இதர மின்னணு முறையில் 'திணைக்களம்' உங்களுடன் தொடர்புகொள்ள நீங்கள் சம்மதிக்கிறீர்களா?

No
இல்லை ☐

Yes
ஆம் ☐ Give details
விபரம் அளிக்கவும்

Fax number
தொலைநகல் இலக்கம்

AREA CODE தொலைபேசி மண்டல இலக்கம்
()

Email address
மின்னஞ்சல் முகவரி

7 Intended duration of stay in Australia
ஆஸ்திரேலியாவில் தங்க உத்தேசிக்கும் காலம்

permanent
நிரந்தரம் ☐

temporary
தற்காலிகம் ☐ Indicate length of stay in Australia
ஆஸ்திரேலியாவில் தங்கும் காலம் எவ்வளவு என்று குறிப்பிடுக

months
மாதங்கள்

weeks
வாரங்கள்

days
நாட்கள்

8 Do you plan to travel outside of Australia in the next 6 months?
அடுத்த 6 மாதங்களில் ஆஸ்திரேலியாவிற்கு வெளியில் பயணம் செல்லும் திட்டத்தில் இருக்கிறீர்களா?

No
இல்லை ☐

Yes
ஆம் ☐ Details of travel
பயணத்தைப் பற்றிய விபரங்கள்

Client undertaking

சேவை பெறுநர் அளிக்கும் பொறுப்பேற்பு

WARNING: Giving false or misleading information is a serious offence.

9 I undertake the following:

- (for applicants outside Australia) to contact the Health Undertaking Service within 4 weeks of my arrival in Australia;
- (for applicants in Australia) to contact the Health Undertaking Service within 4 weeks of my visa being granted;
- to report to the health clinic to which I am referred;
- to place myself under the health clinic's professional supervision and to undergo any required course of treatment, chest x-ray examination or investigation;
- to inform that health clinic each time I change my address in Australia throughout the period during which my health is being monitored;
- to inform that health clinic whenever I am about to leave Australia and to report upon my return, throughout the period during which my health is being monitored; and
- (for applicants outside Australia) to inform the Australian Visa Office where I lodged my application if, before my departure, I change my contact details.

Note: If you are an applicant under 16 years of age then a parent or guardian should sign this form.

எச்சரிக்கை: உண்மைக்குப் புறம்பான, அல்லது தவறான பாதையில் இட்டுச்செல்லும் தகவல்களைக் கொடுப்பது பெரும் குற்றமாகும்.

கீழ்வரும் விடயங்களைச் செய்வேன் என்று நான் பொறுப்பேற்கிறேன்:

- (ஆஸ்திரேலியாவிற்கு வெளியே இருக்கும் விண்ணப்பதாரிகளுக்கு) ஆஸ்திரேலியாவிற்கு நான் வந்த 4 வாரங்களுக்குள் 'உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு சேவை' (for applicants outside Australia)-யுடன் தொடர்புகொள்ளல்
- (ஆஸ்திரேலியாவில் இருக்கும் விண்ணப்பதாரிகளுக்கு) என்னுடைய விசா வழங்கப்பட்டதிலிருந்து 4 வாரங்களுக்குள் 'உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு சேவை' (for applicants in Australia)-யுடன் தொடர்புகொள்ளல்
- எனக்குப் பரிந்துரைக்கப்படும் உடல்நல சிகிச்சையகத்திற்குச் செல்லல்
- சிகிச்சையகத்தின் தொழில்சார் மேற்பார்வையின் கீழ் வரல் மற்றும் தேவைப்படும் சிகிச்சை, கதிர்வீச்சுப்பட சோதனை அல்லது ஆய்வுகளை மேற்கொள்ளல்
- எனது உடல்நலம் கண்காணிக்கப்படும் காலம் நெடுக ஆஸ்திரேலியாவில் நான் எனது முகவரியை மாற்றும் ஒவ்வொரு முறையும் அதை எனது உடல்நல சிகிச்சையகத்திற்குத் தெரிவித்தல்
- எனது உடல் நலம் கண்காணிக்கப்படும் காலம் நெடுக ஆஸ்திரேலியாவை விட்டு வெளியேறுவதற்கு முன்பாகவும், நான் திரும்பும்பொழுதும் அதை எனது சிகிச்சையகத்திற்குத் தெரிவித்தல்
- (ஆஸ்திரேலியாவிற்கு வெளியே இருக்கும் விண்ணப்பதாரிகளுக்கு) நான் புறப்படுவதற்கு முன்பாக என்னுடைய தொடர்பு விபரங்களை நான் மாற்றினால், என்னுடைய விண்ணப்பத்தை நான் தாக்கல் செய்த 'ஆஸ்திரேலிய விசா அலுவலகத்திற்கு அதைத் தெரிவித்தல்.

குறிப்பு: நீங்கள் 16 வயதிற்குக் கீழ்ப்பட்ட ஒரு விண்ணப்பதாரியாக இருந்தால், பெற்றோரில் ஒருவரோ, பாதுகாவலரோ இப் படிவத்தில் கையொப்பமிடவேண்டும்.

Your signature

உங்களது கையொப்பம்



Date

திகதி

DAY நாள்	MONTH மாதம்	YEAR ஆண்டு
/	/	

If signing on behalf of a child under 16 years of age –

Name of parent or guardian

16 வயதிற்குக் கீழ்ப்பட்ட பிள்ளை ஒன்றிற்காகக் கையொப்பமிட்டால் – பெற்றோர் அல்லது பாதுகாவலரது பெயர்

Relationship to child

குழந்தையுடனான உறவு

Consent for release of health information

உடல் நலம் சார்ந்த தகவல்களை

வெளிப்படுத்துவதற்கான சம்மதம்

10 As a part of the health undertaking the Department and state and territory health authorities and the relevant health clinic need to release health information to each other. Information will only be released if it relates to the visa and will be strictly guided by the *Privacy Act 1988*.

I consent to the Department disclosing my personal information to state and territory health authorities and the relevant health clinic for the purpose of monitoring this health undertaking.

I consent to authorise the state and territory health authorities and the relevant health clinic to disclose to the Department:

- the result of the health examination that I will attend; and
- information about any follow-up treatment required.

Note: If you are an applicant under 16 years of age then a parent or guardian should sign this form.

உடல்நலப் பொறுப்பேற்பின் ஒரு பகுதியாக 'திணைக்கள்'த்திற்கும், மாநில மற்றும் எல்லைப்பிரதேச உடல்நல அதிகாரத்தினருக்கும், தகுந்த சிகிச்சையகத்திற்கும் மருத்துவத் தகவல்களை ஒருவருக்கொருவர் வெளிப்படுத்தும் தேவை ஏற்படுகிறது. விசாவுடன் சம்பந்தப்பட்டிருந்தால் மட்டுமே தகவல்கள் வெளிப்படுத்தப்படும், மற்றும் தகவல் பாதுகாப்பு சட்டம் 1988-இன் பிரகாரம் தகவல்கள் மிகவும் கறாராகப் பாதுகாக்கப்படும்.

இந்த 'உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு'பிணைக் கண்காணிக்கும் பொருட்டு மாநில மற்றும் எல்லைப்பிரதேச உடல்நல அதிகாரங்களுக்கும், தகுந்த உடல்நல சிகிச்சையகங்களுக்கும் என்னைப் பற்றிய தகவல்கள் 'திணைக்கள்'த்தினால் வெளிப்படுத்தப்படுவதற்கு நான் சம்மதிக்கிறேன்.

மாநில மற்றும் எல்லைப்பிரதேச உடல்நல அதிகாரங்களுக்கும், தகுந்த சிகிச்சையகமும் கீழ்வரும் விடயங்களைத் 'திணைக்கள்'த்திற்கு வெளிப்படுத்த நான் சம்மதிக்கிறேன்:

- நான் மேற்கொள்ளும் மருத்துவ பரிசோதனையின் முடிவு
- தேவைப்படும் எவ்விதமான தொடர் சிகிச்சை குறித்த தகவல்கள்.

குறிப்பு: நீங்கள் 16 வயதிற்குக் கீழ்ப்பட்ட ஒரு விண்ணப்பதாரியாக இருந்தால், பெற்றோரில் ஒருவரோ, பாதுகாவலரோ இப் படிவத்தில் கையொப்பமிடவேண்டும்.

Your signature

உங்களது கையொப்பம்



Date

திகதி

DAY நாள்	MONTH மாதம்	YEAR ஆண்டு
/	/	

If signing on behalf of a child under 16 years of age –

Name of parent or guardian

16 வயதிற்குக் கீழ்ப்பட்ட பிள்ளை ஒன்றிற்காகக் கையொப்பமிட்டால் – பெற்றோர் அல்லது பாதுகாவலரது பெயர்

Relationship to child

குழந்தையுடனான உறவு

You should keep a copy of your signed health undertaking.

கையொப்பமிடப்பட்ட உங்களுடைய 'உடல்நலப் பொறுப்பேற்பு'பிணை பிரதி ஒன்றை நீங்கள் வைத்துக்கொள்ளவேண்டும்.