

الشهادة الصحية الابتدائية

اسم المدرسة	
اسم و اسم العائلة	
تاريخ الميلاد	
صف	

أؤكد هنا بتوقيعي أن ...

• ... الطفل المذكور أعلاه لم يكن لديه أي اتصال مع شخص مصاب خلال ال 14 يوم الماضية ،

• ... الطفل المذكور أعلاه والأشخاص الذين يعيشون في الأسرة ليس لديهم أي أعراض لمرض كوفيد 19 (مثل ضعف في حاسة الشم و التذوق ، وزيادة درجة الحرارة ، والسعال) ،

• ... يتم إبلاغ المدرسة على الفور إذا ظهرت علامات المرض المذكور أعلاه ،

• ... سيتم جلب الطفل المذكور أعلاه على الفور إذا ظهرت علامات المرض أثناء الفصل أو الرعاية.

التاريخ	توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني

ملاحظة: أيضًا للأشخاص الذين لديهم اتصال مهني مع مرضى كوفيد 19 ما يهم هو أنهم خاليون من أعراض مرض كوفيد 19.