

گواهی سلامت دبستان

نام مدرسه	
نام و نام خانوادگی دانش آموز	
تاریخ تولد	
کلاس	

- اینجانب بدین وسیله با امضای خود تأیید می کنم که ...
- ... کودک ذکر شده در 14 روز گذشته هیچ ارتباطی با شخص آلوده نداشته است ،
- ... کودک فوق و افراد ساکن در خانواده علائمی از بیماری کوفید نوزده ندارند (به عنوان مثال اختلال در بویایی و چشایی ، افزایش درجه حرارت ، سرفه) ،
- ... اگر علائم فوق الذکر بیماری در کسی ظاهر شد ، فوراً به مدرسه اطلاع داده شود ،
- ... در صورت بروز علائم بیماری سر کلاس یا هنگام وجود او در مدرسه ، کودک فوق الذکر باید بلافاصله توسط والدین به منزل برگردانده شود.

امضاء ولی امر یا یکی از والدین	تاریخ

توجه: همچنین برای افرادی که از لحاظ شغلی با بیماران کوفید 19 تماس دارند، مهم این است که آنها هم عاری از علائم بیماری کوفید 19 باشند.