

## **Βεβαίωση υγείας για τα Δημοτικά σχολεία**

Όνομα σχολείου	
Επώνυμο, όνομα του παιδιού	
Ημερομηνία γέννησης	
Τάξη	

Με αυτή μου τη δήλωση και την υπογραφή μου διαβεβαιώνω

- ...ότι το παραπάνω αναφερόμενο παιδί , τις τελευταίες 14 ημέρες δεν ήρθε σε επαφή με άτομο που είχε μολυνθεί από την ασθένεια του Covid-19.
- ... ότι το παραπάνω αναφερόμενο παιδί καθώς και τα άτομα που ζουν στο ίδιο σπίτι, δεν παρουσίασαν συμπτώματα της ασθένειας COVID-19 (π.χ. απώλεια αίσθησης της όσφρησης και της γεύσης, ανεβασμένη θερμοκρασία, βήχα)
- ...ότι το σχολείο θα ενημερωθεί άμεσα σε περίπτωση εμφάνισης των παραπάνω συμπτωμάτων,
- ... ότι το παραπάνω αναφερόμενο παιδί ,εφόσον παρουσιάσει συμπτώματα ενώ βρίσκεται στο σχολείο, θα παραληφθεί άμεσα από αυτό.

Ημερομηνία	Υπογραφή γονέα/ κηδεμόνα

**Σημείωση:** Ακόμα και άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με ασθενείς λόγω της εργασίας τους, θα πρέπει να μην παρουσιάζουν συμπτώματα της ασθένειας COVID-19.