**ЗАЯВА**

ПРО ВІДСУТНІСТЬ СИМПТОМІВ ВІРУСНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

**Ім'я та прізвище *(дитина / учень / студент / учасник освіти)***

…………………………………………………………………………………………………………

**дата народження:** …………………………………………………………………………………...

**постійне місце проживання:** ………………………………………………………………………

1. Я заявляю, що вищезгадана дитина / учень / студент / учасник освіти не проявляє ніяких симптомів вірусного інфекційного захворювання в останні два тижні *(наприклад, лихоманка, кашель, задишка, раптова втрата смаку та нюху і т.д.)*
2. Я заявляю, що я був ознайомлений з визначенням осіб з факторами ризику та з рекомендацією, щоб враховувати ці фактори ризику при прийнятті рішення про участь в освітній діяльності.

м. ……………………

Дата: ………………………….

……………………………………………………………………..

Підпис дорослого учня / студента / учасника освіти

або

Підпис законного представника неповнолітнього

**Особи з факторами ризику**

**Міністерство охорони здоров'я виявило наступні фактори ризику:**

1. Вік старше 65 років з супутніми хронічними захворюваннями.
2. Хронічна хвороба легень *(включає бронхіальну астму середнього та тяжкого ступеня)* при тривалому системному фармакологічному лікуванні.
3. Захворювання серця або великих судин при тривалому системному фармакологічному лікуванні, наприклад гіпертонії.
4. Порушення імунної системи, наприклад

а) при імунодепресивному лікуванні *(стероїди, ВІЛ і т.д.),*

б) при протипухлинному лікуванні,

в) після трансплантації органів або кісткового мозку,

1. Важке ожиріння *(ВМІ більше 40 кг/м2).*
2. Фармакологічне лікування цукрового діабету.
3. Хронічне захворювання нирок, що вимагає тимчасової або постійної підтримки / заміни функції нирок *(діаліз).*
4. Захворювання печінки *(первинне або вторинне).*

Група ризику включає в себе особу, яка виконує хоча б один з пунктів, перерахованих вище, або якщо будь-який з пунктів відповідає будь-якій особі, яка живе в тому ж домогосподарстві, що і вона.