

**شهادة إفادة**  
حول غياب أعراض الأمراض المعدية الفيروسية

الاسم واللقب (الطفل / التلميذ / الطالب / المشارك في التعليم)

.....

تاريخ الميلاد: .....

الإقامة الدائمة: .....

أقر بأن الطفل / التلميذ / الطالب / المشارك في التعليم المذكور أعلاه لا يظهر أي أعراض لمرض فيروسي معدي (مثل الحمى والسعال وضيق التنفس وفقدان الذوق والشم المفاجئ وما إلى ذلك) في الأسبوعين الماضيين.

..... في

بتاريخ .....

.....  
توقيع الطالب البالغ / التلميذ / المشارك في التعليم  
أو  
توقيع الممثل القانوني للقاصر