**ЗАЯВА**

ПРО ВІДСУТНІСТЬ СИМПТОМІВ ВІРУСНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

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

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

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

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

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.)*

м. ……………………

Дата: ………………………….

……………………………………………………………………..

Підпис дорослого учня / студента / учасника освіти

або

Підпис законного представника неповнолітнього