

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