**BẢN CAM KẾT DANH DỰ**

VỀ SỰ KHÔNG TỒN TẠI CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA BỆNH TRUYỀN NHIỄM



**Tên và họ *(của trẻ em/học sinh/sinh viên/người tham gia khoá đào tạo)***

…............................................................................................................................................................

**ngày sinh:** ...........................................................................................................................................

**địa chỉ thường trú:** …...........................................................................................................................

Tôi cam kết rằng trẻ em/học sinh/sinh viên/người tham gia khoá đào tạo nêu trên không có bất kỳ triệu chứng nào của bệnh truyền nhiễm do virus trong hai tuần qua (ví dụ: sốt cao, ho, khó thở, mất mùi vị đột ngột, v.v).

Tại .......................................

Ngày ...................................

………………………………………………………………………………

Chữ ký của học sinh/sinh viên/người tham gia khoá đào tạo đã trưởng thành

hoặc

Chữ ký của người đại diện theo pháp luật của trẻ vị thành niên