

فرم خوداظهاری فرد جهت ورود به جلسه امتحان

اینجانب ولی دانش آموز دارای کد ملی به شماره دانش آموز در (مدرسه (اظهار می‌نمایم:

۱- در سه روز اخیر علائم زیر را نداشته‌است:

☐ تب ☐ لرز ☐ سرفه ☐ تنگی نفس ☐ گلودرد ☐ بدن درد ☐ احساس خستگی و ضعف
☐ درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ (کرونا ویروس) در دو هفته اخیر را نداشته‌است:

- مراقبت مستقیم فردی از افراد خانواده بیمار مشکوک / محتمل / قطعی کووید-۱۹ نداشته است ☐
- هر گونه تماس (شامل خانواده یا همکلاس بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر) نداشته است ☐

- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در وسیله نقلیه مشترک نبوده است ☐

3- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی را در سامانه salamat.gov.ir ثبت کرده‌است ☐

اینجانب تعهد می‌نمایم در صورت بروز هرگونه علائم تنفسی فوق در فرزندم، مراتب را به مسئول حوزه امتحانات/ مراقب سلامت مدرسه ، اطلاع دهم و نیز گواهی می‌کنم مجدداً در سامانه salamat.gov.ir ثبت نام نمایم و پاسخ کلیه پرسش‌ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده‌ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع، به‌عهده اینجانب می‌باشد.

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی