



Health Declaration Form

Staff Members/Students name: _____

Job Title/Student ID: _____

Date of Birth: _____

Please answer the following questions by ticking the appropriate box (No or Yes):

Do you suffer from any chronic illnesses?

Diabetes Mellitus No Yes

Hypertension No Yes

Chronic respiratory diseases such as Asthma No Yes

Cardiac disease No Yes

Kidney disease No Yes

Liver disease No Yes

Autoimmune disease No Yes

Haematological disorders No Yes

Are you on any immunosuppressant medication? No Yes

Other (if you suffer from any other chronic diseases, please specify) No Yes

Has anyone in your household been diagnosed with COVID-19?

If yes when: _____

No Yes

Have you, in the past 14 days, come in close contact with someone diagnosed with COVID-19?

No Yes

Have you had any fever or respiratory symptoms "coughing, sneezing, loss of the sense of smell or taste, trouble breathing, headache, sore throat, runny or stuffy nose" in the past 3 days? No Yes

Has anyone in your household travelled to any other country in the past 21 days?

No Yes

If yes please specify

Please provide any additional health related information you wish to share with the school nurse:

I, the undersigned, Mr./Mrs. _____, can confirm that the information that I have provided in this declaration form is correct and complete.

I undertake not to come to school if I develops any COVID-19 symptoms.

In case any of the above information is found to be false, untrue, misleading, or misrepresenting, I am aware that I may be held liable.

If any of the above information about me or household changes, I will immediately notify the school nurse.

Name: _____

Emirates I.D. Number: _____

Signature: _____

Date: _____

If you suffer from any chronic illnesses, please attach a medical report.



نموذج إقرار صحي

اسم الموظف/الطالب: _____

المسمى الوظيفي/رقم الطالب الجامعي: _____

تاريخ الميلاد: _____

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية بنعم أو لا:

هل تعاني من أي أمراض مزمنة؟

- السكري لا نعم
- ارتفاع ضغط الدم لا نعم
- الأمراض التنفسية المزمنة كالربو لا نعم
- أمراض القلب لا نعم
- أمراض الكلى لا نعم
- أمراض الكبد لا نعم
- أمراض نقص المناعة لا نعم
- أمراض الدم / الاضطرابات التي تصيب خلايا الدم لا نعم
- أمراض المناعة الذاتية، والأدوية المثبطة لجهاز المناعة لا نعم
- مرض آخر (يرجى التحديد في حال إذا كنت تعاني من أي مرض مزمن آخر) لا نعم

هل تم تشخيص إصابة أي فرد من أفراد عائلتك بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)؟ لا نعم

إذا كان الجواب نعم، متى كان ذلك؟ _____

هل كنت مخالطاً بشكل مباشر لشخص تم تشخيصه كمصاب بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) خلال الـ 14 يوماً الماضية؟

لا نعم

هل كنت تعاني من أي حمى أو أية أعراض تنفسية من "سعال، عطاس، فقدان حاسة الشم أو التذوق، صعوبة في التنفس، صداع، التهاب في الحلق، سيلان أو انسداد في الأنف" في الأيام الثلاثة الماضية؟ لا نعم

هل سافر أي من أفراد عائلتك إلى أي بلد آخر خلال الـ 21 يوماً الماضية؟ لا نعم

إذا كان الجواب نعم، يرجى التوضيح _____

يرجى تقديم أي معلومات إضافية متعلقة بالصحة ترغب في مشاركتها مع ممرضة المدرسة:

أنا الموقع أدناه السيد/السيدة _____ ، أؤكد أن المعلومات التي أدليت بها في نموذج الإقرار هذا صحيحة وكاملة. وأتعهد بعدم القدوم إلى المدرسة في حال ظهور أي من أعراض COVID-19. وأنا على دراية بأنني قد أتحمل المسؤولية في حالة اكتشاف أن أيًا من المعلومات المذكورة أعلاه خاطئة أو غير صحيحة أو مضللة أو محرفة.

في حال طرأ أي تغيير على المعلومات المذكورة أعلاه ، فسأخبر ممرضة المدرسة على الفور.

الاسم: _____ رقم الهوية الإماراتية: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

إذا كنت تعاني من أية أمراض مزمنة، يرجى إرفاق تقرير طبي.