

TỜ KHAI Y TẾ

- Tôi tên:là phụ huynh của học sinh:

- Ngày, tháng, năm sinh:Giới tính:Quốc tịch:.....

- Học lớp 5 tại trường TH:

- Địa chỉ thường trú hoặc tạm trú

Địa chỉ nơi ở hiện tại: Số

Điện thoại liên lạc:

- Trong vòng 21 ngày học sinh có:

	Có	Không
Tiếp xúc với người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19	[]	[]
Tiếp xúc với người đi về từ vùng dịch COVID-19	[]	[]
Đi đến vùng dịch COVID-19	[]	[]

- Trong vòng 14 ngày, phụ huynh có thấy học sinh xuất hiện triệu chứng nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
Sốt	[]	[]	Nôn/buồn nôn	[]	[]
Ho	[]	[]	Tiêu chảy	[]	[]
Khó thở	[]	[]	Xuất huyết ngoài da	[]	[]
Đau họng	[]	[]	Nổi ban ngoài da	[]	[]
			Khác:.....	[]	[]

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng./.

Ngày tháng năm 2021

PHHS ký tên