

Xác nhận sức khỏe tháng 7 năm 2020

Tên trường học	
Ho tên con Ngày sinh Lớp	

Tôi xin xác nhận với chữ ký của tôi rằng các con tôi như đã đề cập ở trên và những người sống trong nhà không có triệu chứng bệnh Covid-19 (ví dụ: nhiệt độ tăng, đau họng, ho, sổ mũi, suy nhược mùi và vị giác, tiêu chảy)
(Theo nghị định chung quy định hoạt động của các cơ sở giữ trẻ và trường học liên quan đến việc chống lại đại dịch SARS-CoV-2 – theo điểm 3.5.1)

Ngày tháng	Chữ ký của cha mẹ / người giám hộ hợp pháp	Ngày tháng	Chữ ký của cha mẹ / người giám hộ hợp pháp
01.07.2020		13.07.2020	
02.07.2020		14.07.2020	
03.07.2020		15.07.2020	
04.07.2020		16.07.2020	
05.07.2020		17.07.2020	
06.07.2020		18.07.2020	
07.07.2020		19.07.2020	
08.07.2020			
09.07.2020			
10.07.2020			
11.07.2020			
12.07.2020			

Lưu ý làm rõ: Ngay cả đối với những người tiếp xúc nghề nghiệp với bệnh nhân Covid 19, ban thân cung không có các triệu chứng của bệnh Covid-19 .

Xác nhận sức khỏe tháng 6 năm 2020

Tên trường học	
Ho tên con	
Ngày sinh	
Lớp	

Tôi xin xác nhận với chữ ký của tôi rằng các con tôi như đã đề cập ở trên và những người sống trong nhà không có triệu chứng bệnh Covid-19 (ví dụ: nhiệt độ tăng, đau họng, ho, sổ mũi, suy nhược mùi và vị giác, tiêu chảy)
(Theo nghị định chung quy định hoạt động của các cơ sở giữ trẻ và trường học liên quan đến việc chống lại đại dịch SARS-CoV-2 – theo điểm 3.5.1)

Ngày tháng	Chữ ký của cha mẹ / người giám hộ hợp pháp	Ngày tháng	Chữ ký của cha mẹ / người giám hộ hợp pháp
01.06.2020		16.06.2020	
02.06.2020		17.06.2020	
03.06.2020		18.06.2020	
04.06.2020		19.06.2020	
05.06.2020		20.06.2020	
06.06.2020		21.06.2020	
07.06.2020		22.06.2020	
08.06.2020		23.06.2020	
09.06.2020		24.06.2020	
10.06.2020		25.06.2020	
11.06.2020		26.06.2020	
12.06.2020		27.06.2020	
13.06.2020		28.06.2020	
14.06.2020		29.06.2020	
15.06.2020		30.06.2020	

Lưu ý làm rõ: Ngay cả đối với những người tiếp xúc nghề nghiệp với bệnh nhân Covid 19, ban thân cung không có các triệu chứng của bệnh Covid-19 .

Xác nhận sức khỏe tháng 5 năm 2020

Tên trường học	
Họ tên con Ngày sinh Lớp	

Tôi xin xác nhận với chữ ký của tôi rằng các con tôi như đã đề cập ở trên và những người sống trong nhà không có triệu chứng bệnh Covid-19 (ví dụ: nhiệt độ tăng, đau họng, ho, sổ mũi, suy nhược mùi và vị giác, tiêu chảy)
(Theo nghị định chung quy định hoạt động của các cơ sở giữ trẻ và trường học liên quan đến việc chống lại đại dịch SARS-CoV-2 – theo điểm 3.5.1)

Ngày tháng	Chữ ký của cha mẹ / người giám hộ hợp pháp	Ngày tháng	Chữ ký của cha mẹ / người giám hộ hợp pháp
18.05.2020		30.05.2020	
19.05.2020		31.05.2020	
20.05.2020			
21.05.2020			
22.05.2020			
23.05.2020			
24.05.2020			
25.05.2020			
26.05.2020			
27.05.2020			
28.05.2020			
29.05.2020			

Lưu ý làm rõ: Ngay cả đối với những người tiếp xúc nghề nghiệp với bệnh nhân Covid 19, ban thân cũng không có các triệu chứng của bệnh Covid-19.