

**ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΟΛΑ ΤΑ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΒΑΣΗ**

Ημερομηνία	
Προορισμός	
Όν/νυμο όπως αναγράφεται στην Ταυτότητα/ Διαβατήριο	
Όνοματεπώνυμο όλων των παιδιών, κάτω των 18 ετών, που ταξιδεύουν μαζί σας:	
Διεύθυνση Μόνιμης / Προσωρινής Κατοικίας	
Στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνο, email)	

Τις τελευταίες 14 ημέρες, εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Έχετε τώρα ή είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο παρουσιάσει ξαφνικά συμπτώματα πυρετού ή βήχα ή δυσκολία στην αναπνοή;		
2. Είχατε στενή επαφή με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από το νέο Κορωνοϊό (COVID-19);		
3. Είχατε προσφέρει άμεση φροντίδα σε κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από το νέο Κορωνοϊό (COVID-19), ή εργάστηκε με υγειονομικούς υπαλλήλους οι οποίοι επιμολύνθηκαν με COVID-19;		
4. Είχατε επισκεφτεί ή βρεθήκατε σε κοντινή απόσταση με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από το νέο Κορωνοϊό (COVID-19);		
5. Είχατε εργαστεί σε κοντινή απόσταση ή μοιραστήκατε το ίδιο περιβάλλον διδασκαλίας με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από το νέο Κορωνοϊό (COVID-19);		
6. Είχατε ταξιδέψει με ασθενή από COVID-19 σε οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς;		
7. Είχατε μείνει στην ίδια οικία με ασθενή με λοίμωξη από το νέο Κορωνοϊό (COVID-19);		
8. Έχετε κάνει τις τελευταίες 14 ημέρες εργαστηριακό έλεγχο για το νέο Κορωνοϊό (COVID-19);	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Θετικό <input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Αναμένεται αποτέλεσμα

Βεβαιώνω ότι οι ανωτέρω πληροφορίες είναι αληθείς

.....
Υπογραφή