



### Declaration Form

Under the Egyptian Quarantine law and the International Health Regulations (IHR 2005), this Public Health Declaration Form is a mandatory document and aims to protect your health. Your information will help public health officers contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately.

I, the undersigned, hereby confirm that all the information I provide below is correct and that I have neither been recently diagnosed with COVID-19, nor did I, knowingly, have had close contact with any person suspected or tested positive for COVID-19, nor have I not suffered from any symptoms during the past 14 days.

Full Name: .....

Nationality: .....

Date of Birth: .....

Day                      Month                      Year  
-----                      -----                      -----

Passport Number: .....

Profession: .....

Airline Name: .....

Flight Number: .....

Arriving from: .....

Address in Egypt: .....

Telephone/Mobile Number: .....

E-mail Address: .....

Do you have symptoms such as high fever, cough, sore throat and shortness of breath?

Yes  No

In the last 14 days, have you had contact with someone who tested with COVID-19?

Yes  No

Which country / countries have you visited (full route) during the past 14 days?

.....  
.....

**Should I** experience any symptoms of COVID-19 during my stay in Egypt, I will immediately report the incident to the hotel management and doctor and seek the necessary medical assistance, or call 105.

**Should I** change the above mentioned address or phone number during my stay in Egypt I will call 105 to give the new information.

**In case I** violate the above, the Egyptian Government shall not be subject to any liability, whatsoever, if I show evidence of positive testing for COVID-19 during the 14 days after departure.

**Failure to submit this declaration will result in an illegal entry to the country.**

**I hereby confirm that I have read and understood all of the above.**

**Signature:** ..... **Date:** .....



## الإقرار الصحى

بموجب اللوائح الصحية الدولية IHR 2005 وقانون الحجر الصحى المصرى فإن بطاقة الصحة العامة هذا هو وثيقة إلزامية تهدف الى حماية صحتك ، وسوف تساعد معلوماتك موظفي الصحة العامة على الإتصال بك إذا كنت قد تعرضت لأمراض معدية .. من المهم ملء هذه البطاقة بالكامل وبدقة.

أنا الموقع أدناه ، اقر بأن جميع المعلومات التي قدمتها أدناه صحيحة وأنه لم يتم تشخيصي مؤخرًا بمرض الكورونا المستجد COVID-19 ولم أخالط أى شخص مشتببه به أو تم اختباره إيجابيًا لـ COVID-19 ولم أعاني من أي أعراض خلال الـ ١٤ يومًا الماضية..

الاسم بالكامل : \_\_\_\_\_  
الجنسية : \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد : \_\_\_\_\_

السنة

الشهر

اليوم

رقم جواز السفر : \_\_\_\_\_

المهنة : \_\_\_\_\_

اسم شركة الطيران : \_\_\_\_\_

رقم الرحلة : \_\_\_\_\_

جهة القدوم : \_\_\_\_\_

العنوان في مصر : \_\_\_\_\_

رقم التليفون / الموبيل : \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني : \_\_\_\_\_

هل تعاني من أى اعراض مرضية مثل ارتفاع درجة الحرارة - سعال - احتقان في الحلق - ضيق في التنفس ؟

لا

نعم

هل كنت على إتصال باى شخص مصاب بـ COVID-19 في اخر ١٤ يوم؟؟

لا

نعم

ما الدول التي قمت بزيارتها خلال الـ ١٤ يوم الماضية ؟

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

فى حال الشعور بأى أعراض لمرض الكورونا المستجد COVID-19 أو إذا قمت بتغيير العنوان أو رقم الهاتف المتكور أعلاه أثناء إقامتي في مصر فسأتصل برقم ١٠٥.

أؤكد بموجب هذا أنني قرأت وفهمت كل ما سبق ؛؛

التوقيع ..... التاريخ .....