|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **A – Форма декларациио состоянии здоровья****A-Health Declaration Form****Министерство здравоохранения****Ministry of Health****Шри-Ланка****Sri Lanka****Служебная копия/ Office Copy** |  |

Пожалуйста, аккуратно заполните форму на русском языке.(Если у Вас есть дети младше 15 лет, форма должна быть заполнена одним из родителей/опекунов)Please fill the form accurately and completely in Russian Language(For the children below 15 years, need to be filled by parent/guardian)

|  |
| --- |
| 1)**Ф.И.О./** Name with Initials **:** |
| 2)**Пол/ Sex (√):****Женский/** Female □**Мужской/** Male □ | 3)**Страна, откуда Вы начали это путешествие**/ Country of beginning of this travel:  |
| 4) **Номер паспорта/Passport No:** | 5)**Номер рейса/Flight No:** |
| 6)**Был ли у Вас диагностирован COVID-19 ранее (√)**/ Were you diagnosed of having COVID-19 when you were in overseas **(√)** Да/Yes □ Нет/No □ Не знаю/Don’t know □ |
| 7)**Имеются ли у Вас в настоящее время нижеперечисленные симптомы**/ Have you got any of the following symptoms currently

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Симптом/ Symptom** | **Да/Yes** | **Нет/No** |
| Высокая температура/ Fever |  |  |
| Боль в горле/ Sore throat |  |  |
| Кашель/ Cough |  |  |
| Насморк/ Runny Nose |  |  |
| Одышка/ Shortness of breath |  |  |
| Диарея/ Diarrhea |  |  |

Другие симптомы/ Any other |
| 8)**Адрес в Шри-Ланке**/ Address in Sri Lanka: |
| 9)**Номер телефона в Шри-Ланке**/ Telephone No in Sri Lanka |
| **Подпись**/ Signature | **Дата**/Date \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ dd mm yyyy |
| **Для служебного пользования/** **For office use only** |
| **Температура пассажира**/ Temperature of the traveler\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_◦С/◦F | **Имя сотрудника Управления здравоохранения/** Name of the Health Officer |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **В – Форма декларациио состоянии здоровья****B-Health Declaration Form****Министерство здравоохранения****Ministry of Health****Шри-Ланка****Sri Lanka****Копия пассажира/** **Traveller’s copy** |  |

Пожалуйста, аккуратно заполните форму на русском языке.(Если у Вас есть дети младше 15 лет, форма должна быть заполнена одним из родителей/опекунов)Please fill the form accurately and completely in Russian Language(For the children below 15 years, need to be filled by parent/guardian)

|  |
| --- |
| 1)**Ф.И.О./ Name with Initials**  |
| 2)**Пол/ Sex****Женский/** Female □**Мужской/** Male□ | 3) **Страна, откуда Вы начали это путешествие** / Country of Beginning of this Travel: |
| 4) **Номер паспорта/** Passport No: | 5) **Номер рейса**/Flight No**:** |
| 6) **Адрес в Шри-Ланке/** Address in Sri Lanka |
| 7)**Телефонный номер в Шри-Ланке/** Telephone No in Sri Lanka: |
| **Для служебного пользования/** For office use only |
| **Температура пассажира/** Temperature of the traveler\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_◦С/◦F | **Имя сотрудника Управления здравоохранения/** Name of the Officer of Health Office |
| **Дата**/Date \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ dd mm yyyy | **Подпись**/Signature |

**Только для иммиграционной службы/** For Immigration Only

|  |  |
| --- | --- |
| Разрешение на въезд/ Entry Grant | **Подпись**/ Signature**Дата**/ Date\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_dd mm yyyy |

 |