



## Arrival to Egypt Declaration Form

Under the International Health Regulations (IHR 2005) and the Egyptian Quarantine Law, this Public Health Declaration Form is a mandatory document and aims to protect your health. Your information will help public health officers to 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 suffered from any symptoms during the past 14 days.

<b>Full Name:</b>	
<b>Nationality:</b>	
<b>Date of Birth:</b>	<b>Day:</b> <input type="text"/> <b>Month:</b> <input type="text"/> <b>Year:</b> <input type="text"/>
<b>Passport No.:</b>	
<b>Profession:</b>	
<b>Airline Name:</b>	
<b>Flight Number:</b>	
<b>Arriving from:</b>	
<b>Address in Egypt:</b>	
<b>Telephone/Mobile Number</b>	
<b>E-mail Address:</b>	
Do you have symptoms such as high fever, cough, sore throat and shortness of breath?	
<b>Yes:</b> <input type="checkbox"/>	<b>No:</b> <input type="checkbox"/>



In the past 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 aforementioned 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:** .....

# LEGENDA

## EGIPT - Declaration Form

Zgodnie z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi (IHR 2005) i Prawem Egipskim dot. kwarantanny, niniejszy formularz Deklaracji Zdrowia Publicznego (Public Health Declaration Form) jest dokumentem obowiązkowym i ma na celu ochronę Twojego zdrowia. Poniższe informacje pomogą urzędnikom zdrowia publicznego skontaktować się z Tobą jeśli byłeś narażony na chorobę zakaźną. Ważne, aby wypełnić ten formularz dokładnie i kompletnie.

Ja, niżej podpisany, niniejszym potwierdzam, że wszystkie podane poniżej informacje są prawdziwe oraz że ostatnio nie zdiagnozowano u mnie COVID-19, nie miałam/em bliskiego kontaktu z osobą podejrzaną lub zakażoną COVID-19 i nie miałam/em jakichkolwiek objawów w ciągu ostatnich 14 dni.

Imię i nazwisko: .....  
Narodowość: .....  
Data urodzenia: ..... Dzień ..... Miesiąc ..... Rok .....  
Nr paszportu: .....  
Zawód: .....  
Nazwa linii lotniczej: .....  
Numer lotu: .....  
Przylot z: .....  
Adres w Egipcie: .....  
Nr telefonu komórkowego: .....  
E-mail: .....

Czy masz objawy takie jak wysoka gorączka, kaszel, ból gardła i duszności ?

Tak // Nie

Czy w ciągu ostatnich 14 dni miałas/eś kontakt z osobą, która miała test na COVID-19?

Tak // Nie

Który kraj/kraje odwiedziłaś/eś (pełna trasa) w ciągu ostatnich 14 dni?

.....//.....//.....//.....

Jeśli podczas pobytu w Egipcie wystąpią u mnie jakiegokolwiek objawy COVID-19, to natychmiast zgłoszę to kierownictwu hotelu i lekarzowi oraz poszukam niezbędnej pomocy medycznej lub zadzwonię pod nr tel. 105. Jeśli podczas pobytu w Egipcie zmienię adres lub nr tel. komórkowego to zadzwonię pod nr tel. 105 w celu przekazania aktualnych danych.

W przypadku naruszenia powyższego, rząd egipski nie bierze odpowiedzialności, jeśli wykażę pozytywny wynik testu na COVID-19 w okresie 14 dni po wylocie.

**Nie złożenie tego oświadczenia spowoduje nielegalny wjazd do kraju.**

*Niniejszym potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe.*

Podpis: .....

Data: .....