



Date : 2020/09/27 التاريخ : Ref : 455/1 الإشارة :

تعميم رقم (455 / 2020) Circular No.

Passenger Health Self-Declaration Form:

نموذج للتصريح الذاتي عن صحة الركاب:

Reference to ICAO State Letter (EC 6/3-20/90), all airlines are requested to follow the procedures attached and distribute the Self Declaration Form to all passengers. This form is to support the Public Health authorities by allowing arriving passengers to easily provide relevant information pertaining to their health status, particularly with regard to COVID-19.

بالإشارة الى كتاب منظمة الطيران المدني الدولي (الإيكاو) رقم (EC 6/3-20/90) ، على جميع شركات الطيران اتباع الإجراءات المرفقة وتوزيع النموذج الخاص بالتصريح الذاتي عن صحة الركاب وذلك لمساعدة السلطات الصحية العامة من خلال تمكين الركاب لدى وصولهم من توفير معلومات عن وضعهم الصحي بطريقة ميسره فيما يتعلق بجائحة كورونا المستجد.

Thank you for your kind cooperation.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

President of Civil Aviation

Salman Sabah Alsaleem Alhmoud Alsabah
President of Civil Aviation

www.dgca.gov.kw
E-mail: info@dgca.gov.kw

نموذج التصريح الذاتي عن صحة الركاب في سياق جائحة فيروس كورونا المستجد (COVID-19)

الغرض من النموذج:

الغرض من هذا النموذج هو مساعدة هيئات الصحة العامة من خلال تمكين الركاب، لدى وصولهم، من توفير معلومات عن وضعهم الصحي، بطريقة ميسرة ولاسيما فيما يتعلق بجائحة فيروس كورونا المستجد. وينبغي أن يتولى تسجيل المعلومات أحد الأفراد البالغين من مجموعة المسافرين المرافقين له.

وبالرغم من استيفاء هذا النموذج، قد يخضع المسافر لفرز صحي إضافي من جانب الهيئات الصحية في إطار النهج الوقائي متعدد الطبقات.

وسوف يتم الاحتفاظ بهذه المعلومات وفقاً للقوانين الوطنية السارية ولن تُستخدم إلا لأغراض الصحة العامة.

١) المعلومات الخاصة بالمسافر

<input type="text"/>	الاسم (الأسماء) الشخصية:
<input type="text"/>	الاسم (الأسماء) العائلية:
<input type="text"/>	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/العام):
<input type="text"/>	رقم وثيقة السفر ودولة الإصدار:
<input type="text"/>	بلد الإقامة:
<input type="text"/>	مطار المصدر:

٢) خلال الأربعة عشر يوماً الماضية، هل كان لك أو لأي فرد في المجموعة، اتصال (مباشر لأكثر من ١٥ دقيقة أو اتصال جسدي مباشر) مع من عليه أعراض توحى بإصابته بفيروس كورونا المستجد؟
نعم لا

٣) هل ظهرت عليك أو على أي فرد من المجموعة التي تسافر معك الأعراض أدناه خلال الأيام الأربعة عشر الماضية؟
حمى نعم لا صعوبة في التنفس نعم لا
سعال نعم لا فقدان مفاجئ لحاسة الذوق أو الشم نعم لا

٤) هل خضعت أنت أو أي فرد من المجموعة المسافرة معك خلال الأيام الثلاثة الماضية لاختبار فيروس كورونا المستجد وجاءت النتيجة إيجابية؟
نعم لا
يُرجى إرفاق تقرير الاختبار

٥) يُرجى ذكر جميع المدن والبلدان التي زرتها أو مررت بها أنت والمجموعة التي تسافر معك خلال الأيام الأربعة عشر الماضية (بما في ذلك المطارات والموانئ) مع الإشارة إلى تواريخ الزيارة أو العبور. إبدأ بآخر البلدان أولاً.

للحصول على معلومات بشأن العقوبات المفروضة في حالة تقديم معلومات مغلوطة باستخدام هذا النموذج، يُرجى الرجوع إلى التشريعات الوطنية السارية و/أو الاتصال بالسلطات الصحية.

التوقيع:

التاريخ:

PUBLIC HEALTH COVID-19 PASSENGER SELF DECLARATION FORM

Purpose of this form:

This form is intended to support public health authorities by allowing arriving passengers to easily provide relevant information pertaining to their health status, particularly with regard to COVID-19. Information needs to be recorded by an adult member of the group or travel group.

Notwithstanding completion of this form, a passenger might still be subjected to additional health screening by the Public Health Authority as part of a multi-layer prevention approach.

Your information is intended to be held in accordance with applicable national laws and used only for public health purposes.

1) Traveller Information:

First Name(s):

Last Name(s):

Date of Birth (dd/mm/yyyy):

Travel document No. & issuing country:

Country of residence:

Port of Origin:

2) During the past 14 days, have you, or a member of your group travelling with you, had close contact (face-to-face contact for more than 15 minutes or direct physical contact) with someone who had symptoms suggestive of COVID-19? Yes No

3) Have you, or any member of your group travelling with you, had any of the following symptoms during the past 14 days:

Fever Yes No Shortness of breath Yes No

Coughing Yes No Sudden loss of sense of taste or smell Yes No

4) Have you, or any member of your group travelling with you, had a positive COVID-19 test in the last 3 days? Yes No

Please attach report if available

5) Please indicate all countries and cities that you and the group travelling with you have visited or transited through in the last 14 days (including airports and ports), providing the dates of the visit. List the most recent country first.

For more information on penalties related to the provision of false information on this form, please refer to the applicable national legislation and/or local health authorities.

Signature:

Date: