

Indemnity Form / نموذج إقرار

Passenger Full Name إسم المسافر		Nationality الجنسية	
National ID Number الرقم الوطني		Date التاريخ	
Gender الجنس		Date of Birth تاريخ الميلاد	
Flight Number رقم رحلة الطيران		Arriving from قادم من	
Telephone Number رقم الهاتف		Email Address البريد الإلكتروني	
Address العنوان			

Please answer the following questions by selecting Yes or No and placing a V in the space provided, and if Yes, please explain it in the remarks box.

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية بتحديد نعم أو لا بوضع علامة ✓ في المكان المخصص وفي حال الإجابة بنعم توضيح ذلك في خانة الملاحظات.

No. الرقم	Question السؤال	Yes نعم	No لا	Remarks الملاحظات
1	Do you suffer from any of the following symptoms (Temperature 38°C or higher, dry cough, continuous sneezing, difficulty breathing, loss of smell or taste senses, vomiting or diarrhea)? هل تعاني من أحد الأعراض التالية (تسجيل حرارة 38 أو أكثر، سعال جاف، عطاس مستمر، ضيق في النفس، فقدان حاسة الشم أو التذوق، قيء أو إسهال)؟			
2	Have you been in contact with any person confirmed to be infected with COVID-19? If yes, mention the date? هل تم مخالطة أحد الأشخاص المؤكد إصابته بالكورونا ، تحديد التاريخ في حال الإجابة بنعم؟			
3	Have you been in contact with any person having symptoms of COVID-19 during the last 28 days from the date of travel? هل تم مخالطة أحد الأشخاص لديه أعراض كورونا خلال آخر 28 يوم من تاريخ السفر؟			
4	Have you traveled in the last 28 days? If yes, please specify country names? هل قمت بالسفر خلال آخر 28 يوماً؟ في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد أسماء الدول؟			

I hereby acknowledge that all above information is correct and otherwise I bear all responsibility, and I pledge to abide by the instructions and procedures of the Jordanian Ministry of Health upon arriving to Jordan.

أقر وأعترف بأن المعلومات أعلاه صحيحة وبخلاف ذلك أتحمّل كافة المسؤولية، كما أتعهد بالالتزام بتعليمات وإجراءات وزارة الصحة الأردنية عند الوصول.

Signature:

: التوقيع