



health

Department:
Health
REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

@landpowerx ترجمة جنوب إفريقيا



To be completed by all travellers leaving from South Africa يُستكمل من قِبَل جميع المسافرين المغادرين من جنوب إفريقيا

TRAVELLER HEALTH QUESTIONNAIRE – EXIT SCREENING FROM SOUTH AFRICA

Traveller details	
Name and Surname	الإسم و اللقب
Date of Birth	تاريخ الميلاد
Nationality	الجنسية
Passport No. for non-RSA Citizens / ID No. for RSA Citizens	رقم الجواز
City and Country of Origin (for non-RSA Citizens)	المدينة و بلد المنشأ
Date of Arrival in South Africa (for non-RSA Citizens)	تاريخ الوصول إلى جنوب إفريقيا
Date of Departure from South Africa	تاريخ المغادرة من جنوب إفريقيا
City and Country travelling to	مدينة و بلد الوصول - مغادر الي :
Flight/Vessel/Bus/ Vehicle Number	رقم الرحلة
Seat Number	رقم المقعد
Telephone Number at destination (incl. country code)	رقم الهاتف
Other Contact Number in RSA / WhatsApp Number (incl. country code)	رقم تواصل اخر
Email Address	الايمل
Physical Address at destination (if multiple destinations please include other addresses on the back of this form)	عنوان السكن في الوجهة
Physical Address/es during stay in South Africa (if multiple destinations please include other addresses on the back of this form)	عنوان السكن اثناء الإقامة في جنوب إفريقيا
List of areas visited during stay in South Africa, including list of province/s	قائمة المناطق التي تمت زيارتها اثناء الإقامة في جنوب إفريقيا
Are you travelling in a group? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تسافر مع مجموعة رقم المجموعة Number in a group: _____
If the traveller answers yes to any of the following questions, please notify Port Health authorities immediately	
Have you been in contact with a confirmed or suspected case of COVID-19? هل خالطت مصاب بكورونا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Have you been to an event with >50 people in the last 14 days? هل حضرت حدثًا مع أكثر من 50 شخصًا في آخر 14 شخصًا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know If answered yes, please indicate venue and date: إذا الإجابة نعم ، حدد المكان والتاريخ
Have you had fever in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know هل عانيت من الحمى في آخر 14 يومًا؟
Have you had cough in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know هل عانيت من السعال في آخر 14 يومًا؟
Have you had difficulty breathing in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know هل عانيت من صعوبة في التنفس في آخر 14 يومًا؟
All sections are compulsory and should be completed	
I, _____ الاسم _____ herewith certify that the above information is true and correct	
Signature of traveller: _____ التوقيع _____	Date _____ التاريخ _____

Key Contact Information: NDOH website: www.health.gov.za NICD website: www.nicd.ac.za

This document is to be handed to Port Health Official

To be Completed by Port Health Officer:

للاستخدام الرسمي فقط

Point of Departure: _____

Traveller Temperature: _____ Date Traveller Departed from the Country: _____

Port Health Official: (Name and Signature) _____