

Zielona Góra,
(data)

ANKIETA WSTĘPNA

| | |
|-----------------------------------|--|
| IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ | |
| PESEL | |
| NUMER TELEFONU DO KONTAKTU | |
| E-MAIL | |

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko przebywało w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)?

Tak

Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

3. Czy u dziecka występują następujące objawy?

Gorączka

Kaszel

Uczucie duszności- trudności w nabieraniu powietrza

Żadne z wymienionych

4. ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA

Wyrażam zgodę na czas trwania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, w związku z zagrożeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 na badanie temperatury ciała oraz na odizolowanie mojego dziecka. Powyższa zgoda ma na celu realizację przez placówkę działań prewencyjnych i zapobiegawczych, związanych z ogłoszonym stanem epidemii.

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)