**ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA |  |
| NUMER TELEFONU DO NATYCHMIASTOWEGO KONTAKTU |  |

1. Czy Pani/Pana dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

* Tak
* Nie

1. Czy obecnie występują u Pani/Pana dziecka objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

* Tak
* Nie

1. Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują/występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

* Tak
* Nie

1. Czy dziecko ma objawy alergiczne?

* Tak

Proszę podać jakie:

…...................................................................................................….........................

....................................................................................................................................

* Nie

W przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian związanych ze stanem zdrowia mojego dziecka i domowników zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie dyrektora placówki.

Oświadczam, że zapoznałem się z procedurami organizacji konsultacji dla uczniów w Szkole Podstawowej im. ks. Józefa Początka w Wadowicach Dolnych w czasie pandemii COVID – 19.

….................................................... …..................................................

(miejscowość, data) (podpis)