

ANKIETA

Imię i nazwisko

Data urodzenia

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko miało kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie KORONAWIRUSEM? **TAK / NIE**
2. Czy występują u dziecka: Gorączka **TAK / NIE**, Kaszel **TAK / NIE**, Uczucie duszności **TAK / NIE**
3. Czy dziecko jest objęte kwarantanną? **TAK / NIE**
4. Moje dziecko zostało pouczone o środkach ostrożności (założenie maseczki, dezynfekcja rąk, zachowanie odległości) **TAK / NIE**

Czytelny podpis Rodzica i numer telefonu do natychmiastowego kontaktu

.....

/prawidłową odpowiedź zaznaczyć kółkiem/