

ANKIETA

DATA:.....

IMIĘ I NAZWISKO :.....

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA:.....

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO:.....

EMAIL:.....

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?

Tak

Nie

2) Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 38 stopni Celsjusza?

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej

Inne objawy wskazujące na infekcję

Nie

3) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana(i) dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem? (Dotyczy tylko opiekunów dzieci)

Tak

Nie

6) Czy występują u Pana(i) dziecka objawy? (Dotyczy tylko opiekunów dzieci)

Gorączka powyżej 38 celcjusza

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej

Inne objawy wskazujące na infekcję

Nie

Podpis(rodzica, opiekuna prawnego)