

Nazwa jednostki:

ANKIETA KWALIFIKACJI DZIECKA

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko dziecka | |
| Aktualny numer telefonu kontaktowego: | |
| Matka/opiekunka prawna | |
| Ojciec/opiekun prawny | |

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2? **zakreśl właściwą odpowiedź**

Tak**Nie**

2. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? **zakreśl właściwą odpowiedź**

Tak**Nie**

3. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? **zakreśl właściwą odpowiedź**

Tak**Nie**

4. Inne nietypowe. Proszę podać jakie?

.....

5. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały ww. objawy u kogoś z domowników? **zakreśl właściwą odpowiedź**

Tak**Nie**

6. Czy jest Pan/Pani **zakreśl właściwą odpowiedź**

1. Pracownikiem systemu ochrony zdrowia

Tak**Nie**

2. Pracownikiem służb mundurowych

Tak**Nie**

3. Pracownikiem handlu i przedsiębiorstw produkcyjnych, realizujący zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Tak**Nie****INFORMACJA:**

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że ja lub któryś z domowników jest chory – również na odpowiedzialność karną.

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego