Załącznik nr 1A

Nazwa placówki: Szkoła Podstawowa z Oddziałami Przedszkolnymi w Bujakowie **ANKIETA WSTĘPNEJ 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**

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

**Tak Nie**

1. 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**

1. Inne nietypowe. Proszę podać jakie?

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

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

**Tak Nie**

1. Czy dziecko jest uczulone na wszelkie środki dezynfekujące.

**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.

…………………………………… ……………………………………  
*miejscowość, data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

\* Wypełnia również rodzic samotnie wychowujący dzieci.