

ANKIETA

Imię i Nazwisko Rodzica.....

Imię i Nazwisko Dziecka.....

Adres zamieszkania.....

1. Czy miał/a Pan/Pani lub ktoś z najbliższej rodziny kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?
TAK/NIE*

jeśli tak, to kiedy?.....

jeśli tak, z kim (podać dane osobowe).....

2. Czy miał/a Pan/Pani lub ktoś z najbliższej rodziny kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie TAK/NIE*

3. Czy w ciągu ostatnich 48 godzin występowały w rodzinie następujące objawy*

	Nie	Tak	Jeśli Tak-od kiedy (data) i u kogo
Temperatura powyżej 38st. C			
Kaszel			
Duszności			

*) odpowiednie zakreślić

.....
czytelny podpis rodzica

ANKIETA

Imię i Nazwisko Rodzica.....

Imię i Nazwisko Dziecka.....

Adres zamieszkania.....

1. Czy miał/a Pan/Pani lub ktoś z najbliższej rodziny kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?
TAK/NIE*

jeśli tak, to kiedy?.....

jeśli tak, z kim (podać dane osobowe).....

2. Czy miał/a Pan/Pani lub ktoś z najbliższej rodziny kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie TAK/NIE*

3. Czy w ciągu ostatnich 48 godzin występowały w rodzinie następujące objawy*

	Nie	Tak	Jeśli Tak-od kiedy (data) i u kogo
Temperatura powyżej 38st. C			
Kaszel			
Duszności			

*) odpowiednie zakreślić

.....
czytelny podpis rodzica