

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka :.....PESEL: .....

Adres zamieszkania/ pobytu:

.....

Telefon kontaktowy/rodzica/: ..... Adres e-mail: .....

Oświadczam, że w dniu: .....dziecko nie jest objęte izolacją, kwarantanną ani nadzorem epidemicznym.

### Niniejszym oświadczam:

1. Czy ktoś z domowników dziecka jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym, izolacją lub kwarantanną?

Tak	
Nie	

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni przed wizytą akredytacyjną dziecko miało kontakt z osobą chorą na SARS-coV-2 lub z osobą podejrzaną o zakażenie, lub skierowaną do izolacji

Tak	
Nie	

3. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u dziecka objawy wskazujące na chorobę zakaźną (np. temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$ , kaszel, duszność, bóle mięśniowe, zaburzenia węchu)?

Tak	
Nie	

Data, podpis /rodzica, opiekuna dziecka/

.....