



### ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko .....

PESEL.....

Numer telefonu do kontaktu E-mail .....

1. **Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?**
  - Tak
  - Nie
2. **Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?**
  - Tak
  - Nie
3. **Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?**
  - Tak
  - Nie
4. **Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?**
  - Tak
  - Nie
5. **Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?**
  - Tak
  - Nie
6. **Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?**
  - Tak
  - Nie
7. **Oświadczam, że zapoznałem/am się z Procedurami Bezpieczeństwa funkcjonowania Ośrodka w okresie stanu epidemii, przyjmuję do wiadomości treści tam zawarte i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Niniejszym wyrażam zgodę, na pomiar temperatury ciała u mnie i mojego dziecka.**

Imię i nazwisko dziecka	Czytelny podpis rodzica/opiekuna

.....  
*data i czytelny podpis*