

Niepubliczne Przedszkole Twórcze „ToTu”
z oddziałami integracyjnymi
w
(miejscowość, data)

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

.....
(imię i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

rodzice/opiekunowie prawni:
(imię i nazwisko dziecka)

*** WŁAŚCIWE OTOCZYĆ W KÓŁKO**

1. Czy przebywa Pani/Pan lub któryś z domowników na kwarantannie lub w izolacji*:

TAK NIE

2. Czy została nałożona na Panią/Pana lub dziecko lub członka rodziny kwarantanna*:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać:
okres nałożonej kwarantanny:

na kogo została nałożona kwarantanna:

3. Czy w ciągu ostatnich 10 dni miała Pani/miał Pan lub dziecko kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem COVID-19*:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać:
kto z domowników miał kontakt:

4. Czy w ciągu ostatnich 48 godzin wystąpiły u dziecka objawy*:

- | | | |
|-------------------------|-----|-----|
| duszności | TAK | NIE |
| kaszlel | TAK | NIE |
| gorączka | TAK | NIE |
| katar | TAK | NIE |
| utrata wężchu lub smaku | TAK | NIE |
| zapalenie spojówek | TAK | NIE |

5. Czy aktualnie utrzymują się wskazane wyżej objawy?

TAK NIE

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Niepubliczne Przedszkole Twórcze „ToTu”
z oddziałami integracyjnymi
w
(miejscowość, data)

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

.....
(imię i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

rodzice/opiekunowie prawni:
(imię i nazwisko dziecka)

*** WŁAŚCIWE OTOCZYĆ W KÓŁKO**

1. Czy przebywa Pani/Pan lub któryś z domowników na kwarantannie lub w izolacji*:

TAK NIE

2. Czy została nałożona na Panią/Pana lub dziecko lub członka rodziny kwarantanna*:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać:
okres nałożonej kwarantanny:

na kogo została nałożona kwarantanna:

3. Czy w ciągu ostatnich 10 dni miała Pani/miał Pan lub dziecko kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem COVID-19*:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać:
kto z domowników miał kontakt:

4. Czy w ciągu ostatnich 48 godzin wystąpiły u dziecka objawy*:

- | | | |
|-------------------------|-----|-----|
| duszności | TAK | NIE |
| kaszlel | TAK | NIE |
| gorączka | TAK | NIE |
| katar | TAK | NIE |
| utrata wężchu lub smaku | TAK | NIE |
| zapalenie spojówek | TAK | NIE |

5. Czy aktualnie utrzymują się wskazane wyżej objawy?

TAK NIE

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)