Imię i nazwisko dziecka ……………………..……………………………….……………..

Numery telefonu do kontaktu ………….…………………………………..……………

e-mail do kontaktu ………………………………..…………………………………..………

Szanowni Państwo

Powrót dzieci do szkoły obciążony jest zwiększoną emisją czynników wywołujących COVID – 19, zarówno u dziecka, rodziców lub opiekunów, jak innych domowników.

Zgodnie z rekomendacją Ministra Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej oraz w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu Szkoły Podstawowej nr 1 w Krośniewicach prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania:

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko za granicą?\*

TAK/NIE

Czy ktoś z Państwa domowników w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?\*

TAK/NIE

Czy Pan/Pani/dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)

TAK/NIE

Czy wczoraj lub dzisiaj występowały u Pana/Pani/dziecka występowały objawy infekcji?\*

(gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

TAK/NIE

Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?\*

TAK/NIE

……………………………………………….………………..

data, czytelny podpis rodzica/opiekuna

\* niewłaściwe skreślić