

Ankieta dotycząca stanu zdrowia

Data:

Imię i nazwisko dziecka:

Czy dziecko czuje się zdrowe: TAK/NIE

Czy u dziecka występują: duszności, kaszel, katar, gorączka, biegunka, utrata apetytu, osłabienie – zaznaczyć objaw który występuje

Czy dziecko miało kontakt z osobą u której stwierdzono COVID-19, bądź osobą która przebywa na kwarantannie? TAK/NIE

Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.? TAK/NIE

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą, nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka do szkoły.

.....
podpis rodzica

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dostępną na stronie internetowej Administratora, na drzwiach wejściowych oraz w sekretariacie szkoły.

.....
podpis rodzica