

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

I NAJBLIŻSZYCH MU OSÓB

Wybrane odpowiedzi proszę zaznaczyć krzyżykiem

.....
Imię i nazwisko dziecka

1. Czy dziecko i osoby jemu najbliższe podlegają nadzorowi epidemiologicznemu, izolacji lub kwarantannie domowej?
 TAK
 NIE
 2. Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko lub osoby jemu najbliższe miały kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie korona wirusem SARS CoV – 2 ?
 TAK
 NIE
 3. Czy występują u dziecka lub u najbliższych osób przebywających w bliskim kontakcie z dzieckiem takie objawy?
 gorączka
 kaszel
 uczucie duszności + trudności w nabieraniu powietrza
 nie występują żadne z w/w objawów
- **OŚWIADCZAM, ŻE NIE ZATAIŁEM/ŁAM ISTOTNYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA, BADAŃ ORAZ PRZEBYTYCH CHORÓB.**
 - **WYRAŻAM ZGODĘ NA SKORZYSTANIE PRZEZ MOJE DZIECKO Z USŁUG PORADNI ZGORNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI CZASIE EPIDEMII PROCEDURAMI.**
 - **WYRAŻAM ZGODĘ NA POMIAR TEMPERATURY.**

Data i podpis osoby udzielającej oświadczenia

Temperatura dziecka
