

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Data.....

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna.....

Imię i nazwisko dziecka.....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) lub miało Pana(i) dziecko kontakt z osobą ,  
u której potwierdzono koronawirusa SARS CoV-2?

TAK  NIE

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) lub miało Pana(i) dziecko kontakt z osobą ,  
która przebywa na kwarantannie lub w izolacji?

TAK  NIE

3. Czy u Pana(i) lub u Pana(i) dziecka występują objawy :

a) gorączka powyżej 38°C TAK  NIE

b) kaszel TAK  NIE

c) uczucie duszności- trudności w nabieraniu powietrza TAK  NIE