

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Data.....

Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia .....

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

TAK  NIE

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

TAK  NIE

3. Czy u Pana(i) występują objawy :

a) gorączka powyżej 38°C TAK  NIE

b) kaszel TAK  NIE

c) uczucie duszności- trudności w nabieraniu powietrza TAK  NIE