

Nowogard

.....
Pieczęć placówki

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA

DATA:.....

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

CZY DZIECKO CZUJE SIĘ ZDROWE:.....

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 przedszkola.

.....
Podpis rodziców