

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni Pan/Pani lub pańskie dziecko mieliście styczność z osobą, która ma koronawirusa?
 - Tak
 - Nie

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni Pan/Pani lub pańskie dziecko mieliście kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?
 - Tak
 - Nie

3. Czy występują u Pana/Pani lub Pańskiego dziecka następujące objawy:
 - Gorączka powyżej 38°C
 - Duszności
 - Katar i kaszel
 - Nie występują

4. Czy dziecko było szczepione na koronawirusa?
 - Tak
 - Nie

13.02.2022 Opalenie

Data, miejscowość

Podpis rodzica lub opiekuna prawnego