

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA

Data:

Imię i nazwisko dziecka:

Czy dziecko czuje się zdrowe : TAK / NIE

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 rodzica)

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA

Data:

Imię i nazwisko dziecka:

Czy dziecko czuje się zdrowe : TAK / NIE

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 rodzica)