

## ANKIETA WSTĘPNEJ

### KWALIFIKACJI

#### > SZCZEPNIENIA <

DATA																					
IMIĘ I NAZWISKO																					
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA																					
PESEL DZIECKA	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) lub ktoś z otoczenia dziecka za granicą?

Tak  Nie

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) lub ktoś z otoczenia dziecka kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

Tak  Nie

3) Czy Pan(i) lub ktokolwiek z członków rodziny jest objęty(a) kwarantanną

Tak  Nie

4) Czy w domu znajduje się osoba poddana izolacji?

Tak  Nie

5) Czy występują u dziecka objawy?

Gorączka powyżej 38 °C  Uczucie duszności  Biegunka

Kaszel  Utrata smaku

6) Czy u Pana(i) lub innej osoby z otoczenia dziecka przebywającej w tym samym gospodarstwie domowym występują objawy infekcji ?

Gorączka powyżej 38 °C  Uczucie duszności  Biegunka

Kaszel  Utrata smaku

PODPIS RODZICA ( OPIEKUNA ) - .....