



**Nazwa placówki Placówka Wsparcia Dziennego „Radość” w Woli Wodyńskiej**

**Data.....**

**Wywiad epidemiologiczny**

**Imię i nazwisko dziecka.....**

**Numer telefonu do kontaktu, e - mail .....**

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

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

Tak

Nie

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak

Nie

4. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna) lub izolacją?

Tak

Nie

5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak

Nie



**SOS WIOSKI  
DZIECIĘCE**

6. Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

Tak

Nie

7. Czy występują u dziecka objawy?

Gorączka powyżej 37°C

Kaszel

Katar

Zapalenie spojówek

Inne

**INFORMACJA:**

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność prawną.

.....  
*podpis opiekuna prawnego, data*

\* właściwą odpowiedź zaznaczyć

