**KWESTIONARIUSZ
oceny ryzyka epidemiologicznego**

*Szanowni Państwo.*

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia dzieci przebywających na terenie Szkoły Podstawowej nr 129 w Krakowie, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Imię i nazwisko osoby wypełniającej kwestionariusz:

|  |
| --- |
|  |

1. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest osoba **poddana kwarantannie**?

[ ]  Tak [ ]  Nie

1. Czy w Pani/Pana najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?

[ ]  Tak [ ]  Nie

1. Czy obserwuje Pani/Pan u siebie, dziecka lub osób z najbliższego otoczenia, któryś
z wymienionych poniżej **objawów?**

|  |  |
| --- | --- |
| gorączka (powyżej 37oC) | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| kaszel | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| duszność | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| problemy z oddychaniem | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| ból mięśni | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| zmęczenie | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| katar | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| biegunka | [ ]  Tak [ ]  Nie |
| ból garda | [ ]  Tak [ ]  Nie |

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.
W razie zmiany danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie nauczyciela lub dyrektora szkoły.

................................................................ ...................................
Data i godzina wypełnienia kwestionariusza Podpis Rodzica

……………………………………………….
aktualny numer telefonu