**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