**ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA**

Data ………………………………..

Imię i nazwiska dziecka …………………………………………………………….

Czy dziecko czuje się zdrowe TAK/NIE

Czy u dziecka występują (PODKREŚL):

1. Duszności
2. Kaszel
3. Katar
4. Gorączka
5. Biegunka
6. Utrata apetytu
7. Osłabienie
8. Inne – jakie? …………………………………….

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 przeciwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka do przedszkola.**

…………………………………………………

data i podpis rodzica