

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA DZIECKA

Data:

Imię i nazwisko dziecka:

Czy dziecko czuje się zdrowe: TAK / NIE*

Czy u dziecka występują: duszności, kaszel, katar, gorączka, biegunka, utrata apetytu, osłabienie – zaznaczyć objaw, który występuje.

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 przeciwwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka do szkoły.

.....

(podpis rodzica)

* podkreślić właściwą odpowiedź