Wrocław, …….……

Ankieta dotycząca stanu zdrowia ucznia pełnoletniego

Data:…….

Imię i nazwisko dziecka:

…….

Imię i nazwisko rodzica:

…….

- Czy czujesz się zdrowy: TAK / NIE
- Czy występują u Ciebie objawy : duszności, kaszel, katar, gorączka, biegunka, utrata apetytu, osłabienie – (zaznaczyć objaw, który występuje)
- Czy miałeś kontakt z osobą, u której stwierdzono COVID-19 bądź osobą, która przebywała na kwarantannie? TAK / NIE
- Czy miałeś kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.? TAK / NIE

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą.

W przypadku zmiany okoliczności podanych w powyższej ankiecie, jesteś zobowiązany bezzwłocznie poinformować Dyrektora Ośrodka.

…….

Podpis Ucznia