

## ANKIETA

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA: ..... DATA: .....

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO: .....

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO: .....

EMAIL: .....

DATA / TEMPERATURA: .....

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?

Tak

Nie

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana(i) dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?

Tak

Nie

3) Czy występują u Pana(i) objawy?

Gorączka powyżej 38 stopni Celsjusza?

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej

Inne objawy wskazujące na infekcję

Nie

4) Czy występują u Pana(i) dziecka objawy?

Gorączka powyżej 38 stopni Celsjusza?

Kaszel

Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

Utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej

Inne objawy wskazujące na infekcję

Nie

Oświadczam, iż jestem w pełni świadomy/ świadoma zagrożenia epidemiologicznego płynącego z obecnej sytuacji w kraju oraz w pełni akceptuje ryzyko zarażenia się mojego dziecka wirusem COVID-19 podczas zajęć. Oświadczam, iż zrzekam się dochodzenia roszczeń od organizatora zajęć z tytułu zarażenia się mojego dziecka wirusem COVID-19.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego