



ZAŁĄCZNIK NR 1

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy Nr 3 w Łodzi

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko.....

Numer telefonu (e-mail) do kontaktu.....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) lub państwa dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2

Tak Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pani w rejonach nasilonej transmisji koronawirusa?

Tak Nie

3. Czy ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)?

Tak Nie

4. Czy obecnie lub w okresie ostatnich 14 dni wystąpiły u któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, uczucie duszności, ból gardła, bóle mięśni, inne nietypowe?)

Tak Nie

5. Czy obecnie lub w okresie ostatnich 14 dni wystąpiły u Państwa dziecka objawy infekcji?

Gorączka powyżej 37,4 °C

Kaszel

Katar

Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza.

L.p.	Data	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		