

KATOLICKIE STOWARZYSZENIE MŁODZIEŻY DIECEZJI LEGNICKIEJ

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO uczestnika spotkania

.....

..

Oddział

Numer telefonu do rodziców/opiekunów (do pilnego kontaktu)

.....

Pytanie	Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź	
1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/dziecko/podopieczny/ któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	NIE	TAK
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	NIE	TAK
3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?	NIE	TAK
4. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?	NIE	TAK
5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?	NIE	TAK
6. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?	NIE	TAK
Wyrażam zgodę na dezynfekcję rąk dziecka oraz ewentualny pomiar jego temperatury.	NIE	TAK

Data

czytelny podpis rodzica/opiekuna