**KWESTIONARIUSZ**

**oceny ryzyka epidemiologicznego**

***Klubu „ALTERNATYWA”***

Szanowna Pani/ Szanowny Panie

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia osób przebywających na terenie ***Klubu „ALTERNATYWA”***, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Imię i nazwisko dziecka

**Imię i nazwisko oraz nr telefonu**

**opiekuna prawnego**

1. Czy w najbliższym otoczeniu Pani/Pana dziecka jest osoba **poddana kwarantannie**?

Tak Nie

2. Czy w najbliższym otoczeniu Pani/Pana dziecka jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?

Tak Nie

3. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana dziecka **zakażenie wirusem SARS-CoV-2**?

Tak Nie

4. Czy zauważył/a Pani/Pan u dziecka któryś z wymienionych **objawów?**

|  |  |
| --- | --- |
| gorączka (powyżej 38\*C)  | Tak Nie  |
| kaszel  | Tak Nie  |
| duszność  | Tak Nie  |
| problemy z oddychaniem  | Tak Nie  |
| ból mięśni  | Tak Nie  |
| zmęczenie  | Tak Nie  |
| katar  | Tak Nie  |
| biegunka  | Tak Nie  |
| ból garda  | Tak Nie  |

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

----------------------------------------------- -----------------------------------------------

Data i godzina Podpis