

## Oświadczenie

Imię i nazwisko dziecka.....

Pesel dziecka .....

Czy w czasie ostatnich 14 dni Państwa dziecko przebywało za granicą Polski?

Tak

Nie

Czy w trakcie ostatnich 14 dni Państwa dziecko miało kontakt z osobą zakażoną COVID19?

Tak

Nie

Czy w trakcie ostatnich 14 dni Państwa dziecko miało kontakt z osobą, która wróciła z zagranicy?

Tak

Nie

Czy u Państwa dziecka występują objawy:

wysoka gorączka

kaszel i duszności

.....

Data i podpis Rodzica/ opiekuna