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