

**ANKIETA BIEŻĄCEJ WERYFIKACJI
STANU ZDROWIA DZIECKA****Fundacja Na Rzecz Dziecka i Rodziny FASCYNACJE**.....
Imię i nazwisko dziecka.....
Data przyjęcia dziecka na terapię, zajęcia

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą ?
 - TAK
 - NIE
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której podejrzewano lub potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?
 - TAK
 - NIE
3. Czy wyraża Pan(i)/ zgodę na badanie temperatury termometrem bezdotykowym u dziecka i u siebie?
 - TAK
 - NIE
4. Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną przez Inspekcję Sanitarną z jakichkolwiek przyczyn?
 - TAK
 - NIE
5. Czy występują u Pana(i)/ dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?
 - TAK
 - NIE

Inne nietypowe. Proszę podać jakie

.....
.....
Czy w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

- TAK
- NIE

INFORMACJA:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych. Powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że posiadałem wiedzę, iż jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Wyrażenie zgody nie jest obowiązkowe, ale jest niezbędne do przyjęcia dziecka na terapię/zajęcia w dniu wskazanym we wstępie ankiety.

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego