

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA:

DATA:

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:

- Czy u dziecka występują: katar, kaszel, gorączka, biegunka, utrata apetytu, osłabienie?  
TAK/NIE
- Czy dziecko miało kontakt z osobą, u której stwierdzono COVID 19 lub przebywa w kwarantannie? TAK/NIE

Niniejszym poświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....

Podpis rodzica

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA:

DATA:

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:

- Czy u dziecka występują: katar, kaszel, gorączka, biegunka, utrata apetytu, osłabienie?  
TAK/NIE
- Czy dziecko miało kontakt z osobą, u której stwierdzono COVID 19 lub przebywa w kwarantannie? TAK/NIE

Niniejszym poświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....

Podpis rodzica

ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA:

DATA:

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:

- Czy u dziecka występują: katar, kaszel, gorączka, biegunka, utrata apetytu, osłabienie?  
TAK/NIE
- Czy dziecko miało kontakt z osobą, u której stwierdzono COVID 19 lub przebywa w kwarantannie? TAK/NIE

Niniejszym poświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....

Podpis rodzica