
Oświadczenie
Wstępna kwalifikacja do diagnozy stacjonarnej
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupcy

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy do rodzica

- 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 objawy. Proszę podać jakie :

.....
.....
.....

- 6. Czy w ostatnich dwóch tygodniach występowały ww. objawy u kogoś z domowników?**
 - TAK
 - NIE

INFORMACJA: Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą a zatajenie istotnych informacji naraża mnie na odpowiedzialność cywilną i/lub karną

.....
Data i podpis Rodzica