

OŚWIADCZENIE:

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

Ja niżej podpisany (-a), oświadczam pod odpowiedzialnością za ewentualne skutki podania nieprawdziwych informacji dotyczących mojego dziecka

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Data urodzenia dziecka

Proszę otoczyć kółkiem wybraną odpowiedź, np. **TAK** / NIE

1. Czy dziecko miało kontakt z osobą objętą kwarantanną lub izolacją ? TAK / NIE
2. Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą lub podejrzewającą u siebie zakażenie koronawirusem? TAK / NIE
3. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko korzystało z pomocy lekarskiej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), przechodziło zabieg lub leczenie w szpitalu?
TAK / NIE
4. Czy zaobserwował Pan/Pani u swojego dziecka takie objawy jak:
• Gorączka • Kaszel • Ból gardła • Duszności
TAK / NIE (jeśli tak, proszę zaznaczyć, które z powyższych)
5. Czy w ostatnim tygodniu dziecko zażywało jakieś leki? TAK / NIE
Jeśli tak, to jakie i z jakiego powodu:
6. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko miało bezpośredni kontakt z osobą pracującą w górnictwie?
TAK / NIE

.....
(miejscowość, data, czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego)