**ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA**

Data: …………………………..

Imię i nazwisko dziecka: ……………………………………………………………….

1. Czy dziecko czuje się zdrowe?\* TAK/NIE
2. Czy rodzice/opiekunowie prawni lub osoby współzamieszkujące mają objawy infekcji, grypopodobne ?\* TAK/NIE
3. Czy rodzice lub osoby współzamieszkujące mieli kontakt z osobami chorymi na COVID-19, bądź osobą, która przebywa na kwarantannie?\* TAK/NIE
4. Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębiona?\* TAK/NIE
5. W przypadku dzieci z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego - czy wystąpiło nieuzasadnione innymi czynnikami, obniżenie poziomu funkcjonowania lub inne niepokojące symptomy w zachowaniu lub samopoczuciu dziecka?\* TAK/NIE

*Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą, nie istnieją żadne przeciwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka do przedszkola.*

………………………….

podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*właściwe podkreślić