**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

**diagnoza stacjonarna**

**Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Bieruniu**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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
1. **Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?**
* TAK
* NIE
1. **Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?**
* TAK
* NIE
1. **Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?**
* TAK
* NIE
1. **Czy obecnie występują u Pana(i)/ dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?**
* **TAK**
* **NIE**

**Inne nietypowe. Proszę podać jakie** ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?**
* TAK
* NIE

INFORMACJA: Oświadczam, że 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 jestem chory - również na odpowiedzialność karną

……………………………………………………………………………………

 Czytelny podpis rodzica

 *(miejscowość, data)*

**Zgoda rodziców na pomiar temperatury u dziecka**

Wyrażam zgodę na pomiar termometrem bezdotykowym temperatury ciała u mojego dziecka przed przyjęciem do poradni.

 *(podpis w imieniu obojga rodziców)*