

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**  
 Diagnoza stacjonarna  
 Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kędzierzynie Koźlu

.....  
 imię i nazwisko dziecka

.....  
 adres zamieszkania

.....  
 telefon kontaktowy do rodzica

<b>CZY W OKRESIE OSTATNICH 14 DNI:</b>		
	TAK	NIE
Czy w ostatnim czasie wystąpił co najmniej jeden z wymienionych objawów układu oddechowego: -gorączka -kaszel -duszności.		
Czy w ostatnim czasie dziecko, rodzic pracował lub przebywał jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?		
Czy w ostatnim czasie dziecko, rodzic miał bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)		
Temperatura ciała w dniu badania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.	RODZIC:	DZIECKO:

\* 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.

.....  
 Data i podpis rodzica