

**POWIATOWA PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA**  
**96-100 Skierniewice, ul. Konstytucji 3-go Maja 6, tel. 46 834 59 66**

---

---

**ANKIETA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ DO PORADNI**

Imię i nazwisko dziecka/ucznia:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego:.....

**Zaobserwowane objawy**

Temperatura:.....

**Czy obecnie występują u Pana(i)/dziecka/któregoś z domowników poniższe objawy:**

Kaszel, katar, duszności, ból głowy, bóle mięśniowe, biegunka, zaburzenia snu, zaburzenia smaku, zaburzenia węchu, zapalenie spojówek

- TAK. Jakie i u kogo?.....
- NIE

Inne.....

**Dodatkowe informacje**

Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) / dziecko/ któryś z domowników, za granicą.?

- TAK
- NIE

Czy w ciągu 14 dni miał(a) Pan(i) /dziecko/ któryś z domowników kontakt z osobą/osobami będącymi w kwarantannie?

- TAK
- NIE

Czy w ciągu 14 dni miał(a) Pan(i) /dziecko/ któryś z domowników kontakt z osobą/osobami będącymi pod nadzorem epidemiologicznym.

- TAK
- NIE

Czy w ciągu 14 dni przebywał(a) Pan(i) / dziecko/któryś z domowników w obszarze wysokiego ryzyka (np. szpital).

- TAK
- NIE

Oświadczenie o zgodności danych w w/w formularzu.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego