

## ANKIETA SANITARNA

.....  
**imię i nazwisko uczestnika zajęć i opiekuna, nr telefonu opiekuna**

1. Czy w ostatnim czasie ktoś z członków rodziny chorował ( katar, kaszel temperatura)? TAK NIE
2. Czy w ostatnim czasie spotykali się Państwo z kimś, kto przyjechał z zagranicy? TAK NIE
3. Czy w ostatnim czasie spotykali się Państwo z kimś, kto przebywał na kwarantannie? TAK NIE
4. Czy w ostatnim czasie spotykali się Państwo z kimś, kto CHOROWAŁ na COVID-19? TAK NIE
5. Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania kierownika Placówki w przypadku zaistnienia zdarzeń wymienionych w punktach 1-4 po wypełnieniu i oddaniu ankiety TAK

.....  
**Data i czytelny podpis opiekuna**