**ANKIETA DLA UCZESTNIKA**

**W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV 2**

Dane osobowe:

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………..

PESEL ……………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania/pobyt………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy uczestnika………………………………………………………………………………….

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-COV-2?

**TAK/NIE**

Jeśli tak, to kiedy?...............................................................................................................................................

Jeśli tak, z kim? (proszę podać dane osobowe)…………………………………………………………………….

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NIE | TAK | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
| Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle) |  |  |  |
| Temperatura powyżej 38℃ |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność |  |  |  |
| Inne |  |  |  |

Ciepłota ciała …………….. ℃

Data i podpis uczestnika ……………………………………………………………………………………………

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego \*……………………………………………………………………..

\*jeżeli dotyczy