

## **OŚWIADCZENIE o stanie zdrowia dziecka**

imię i nazwisko dziecka .....

adres zamieszkania.....

telefon kontaktowy do rodzica .....

1. Czy Pan(i) dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną przez Inspekcję Sanitarną?

TAK

NIE

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której podejrzewano lub potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

TAK

NIE

3. Czy występują u Pana(i)/ dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?

TAK

NIE

Inne nietypowe. Proszę podać jakie

.....  
.....  
.....

4. Czy w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

TAK

NIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem podlegać odpowiedzialności karnej.

.....  
Czytelny podpis Rodzica

Zostałem/-łam poinformowana, że wizyta w Poradni jest dobrowolna i pomimo wdrożenia odpowiednich procedur bezpieczeństwa w okresie zagrożenia epidemicznego w związku z rozprzestrzenianiem się COVID-19, może dojść w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej do zakażenia COVID-19.

.....  
Czytelny podpis Rodzica

Decydując się na badanie w Poradni przyjmuję do wiadomości, że w aktualnej sytuacji, tj. po okresie długotrwałego pobytu w domu, w tym nieuczęszczania dziecka do szkoły/ przedszkola, a także w związku z przeprowadzaniem badania w warunkach reżimu sanitarnego, otrzymane przez nie wyniki w badaniu psychologicznym mogą nie w pełni odzwierciedlać jego faktyczne możliwości.

.....  
Czytelny podpis Rodzica