**MŁODZIEŻOWY DOMU KULTURY IM. ST. WYSPIAŃSKIEGO W BOLESŁAWCU**

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI**

IMIĘ I NAZWISKO wychowanka ……………………………………………………………………………………………………….…………..

Pracownia ……………………………………………… Nauczyciel ……………………………………….…………………………….

Numer telefonu do rodziców/opiekunów (do pilnego kontaktu) ………………………………………….……

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pytanie | Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź | |
| 1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/ któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl)](http://www.gis.gov.pl/) | NIE | TAK |
| 1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl)](http://www.gis.gov.pl/) | NIE | TAK |
| 1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2? | NIE | TAK |
| 1. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? | NIE | TAK |
| 1. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)? | NIE | TAK |
| 1. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ? | NIE | TAK |
| Wyrażam zgodę na dezynfekcję rąk dziecka oraz pomiar jego temperatury przez pracownika PMDK przed zajęciami w placówce.  W przypadku uczulenia dziecka na płyn dezynfekcyjny prosimy o przekazanie informacji telefonicznie nauczycielowi. | NIE | TAK |

Data czytelny podpis rodzica/opiekuna