

## ANKIETA KWALIFIKACJI

### na diagnozę i terapię w Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Ustrzykach Dolnych w związku z COVID-19

Imię i nazwisko rodzica.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia dziecka..... szkoła/klasa.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Adres zamieszkania rodzica.....

Numer telefonu..... adres e-mail.....

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach wysokiego rozprzestrzeniania się koronawirusa w Polsce lub za granicą?

TAK                       NIE

- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub z osobą, która przebywa na kwarantannie?

TAK                       NIE

- 3) Czy obserwuje Pan(i) u siebie KTÓRYKOLWIEK z wymienionych objawów: podwyższona temperatura, kaszel, uczucie duszności, płytki oddech, ból gardła, ból mięśni?

TAK                       NIE

- 4) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana(i) dziecko przebywało w rejonach wysokiego rozprzestrzeniania się koronawirusa w Polsce lub za granicą?

TAK                       NIE

- 5) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pana(i) dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub z osobą, która przebywa na kwarantannie?

TAK                       NIE

- 6) Czy obserwuje Pan(i) u Pana(i) dziecka KTÓRYKOLWIEK z wymienionych objawów: podwyższona temperatura, kaszel, uczucie duszności, płytki oddech, ból gardła, ból mięśni?

TAK                       NIE

**Jestem świadomy zwiększonego ryzyka narażenia siebie i mojego dziecka na zakażenie koronawirusem w sytuacji bezpośredniej diagnozy psychologicznej, pedagogicznej i logopedycznej wymagającej przebywania w odległości mniejszej niż 2 metry, co najmniej przez godzinę.**

.....  
data i czytelny podpis rodzica