

COVID-19 kérdőív

Tanuló neve:

Osztály:

Kérjük, a megfelelő választ gyermekére vonatkozóan aláhúzással jelölje!

1. Járt-e külföldön az elmúlt 14 napban? igen / nem
2. Az elmúlt 14 nap során volt-e bármikor láza? igen / nem
3. Az elmúlt 14 napban volt-e betegségre utaló tünete
(kiütés, köhögés, orrfolyás, torokfájás, nehézlégzés, stb.)? igen / nem
4. Az elmúlt 14 napban érzett-e gyengeséget, végtagfájdalmat
vagy egyéb influenzaszerű tünetet? igen / nem
5. Tud-e arról, hogy COVID-19 fertőzött lenne? igen / nem
6. Az elmúlt 14 nap során volt-e kapcsolatban olyan személlyel,
akinél beigazolódott a COVID-19 fertőzés gyanúja? igen / nem
7. Az elmúlt 14 nap során volt-e kapcsolatban olyan személlyel,
aki házi karanténban van? igen / nem
8. Gyermezem allergiában vagy egyéb meglévő betegségben szenved. igen / nem

Tudomásul veszem, hogy az adatlap kitöltése a COVID-19 járvány miatt szükséges, aláírással igazolom, hogy a fenti kérdéseket megértettem és válaszaim megfelelnek a valóságnak.

Kelt: , 2020. augusztus 31.

.....
szülő/törvényes képviselő aláírása