

## WSTĘPNA KWALIFIKACJA – ZGODA NA SZCZEPIENIE

Imię i nazwisko rodzica	.....
Dotyczy dziecka imię i nazwisko	.....
Data urodzenia dziecka	..... - ..... - .....
Numer telefonu kontaktowego	.....

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa, oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

(Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi kółkiem **TAK** lub **NIE** )

Czy po 16.03.2020 r. Pan/Pani/dziecko/podopieczny/domownicy przebywał/li zagranicą?

TAK / NIE

Czy mieli Państwo (dzieci, rodzice, domownicy) kontakt z osobą przebywającą zagranicą w ostatnich 2 tygodni?

TAK / NIE

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

TAK / NIE

Czy obecnie lub w ostatnich 2 tygodniach występują występowały u Pana/Pani/dziecka/podopiecznego/domowników objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

TAK / NIE

Miejsca pracy rodziców/opiekunów prawnych (np. personel medyczny SOR i oddziału szpitalnego z potencjalnymi chorymi na COVID-19, pracownicy pogotowia, zawodowi kierowcy podróżujący za granicę).

TAK / NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni mieli Państwo/dziecko/podopieczny/domownicy mieli jakikolwiek kontakt ze służbą zdrowia?

TAK / NIE

**Personel medyczny wykona pomiar temperatury u Państwa / Państwa dziecka / Podopiecznego.**

Temperatura w normie TAK / NIE

---

Jednocześnie OŚWIADCZAM, że wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mojego dziecka szczepień ochronnych w okresie trwającej epidemii koronawirusa SARS-CoV-2.

Data

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....

.....