

Załącznik nr 1

do Procedury bezpieczeństwa w Środowiskowej świetlicy Socjoterapeutycznej w Świlczy  
w okresie pandemii COVID-19

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(imię i nazwisko rodzica)

.....

(imię i nazwisko pracownika i stanowisko)

**ANKIETA**

W trosce o bezpieczeństwo Państwa, Państwa dzieci oraz pracowników świetlicy, prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

*Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/dziecko/domownik w rejonach transmisji koronawirusa?*

TAK

NIE

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

TAK

NIE

*Czy Pan(i)/dziecko/domownik jest objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym?*

TAK

NIE

*Czy obecnie lub w ostatnich 14 dniach występują/występowały u Pana(i)/dziecka/domownika objawy infekcji (temperatura powyżej 37°C, kaszel, biegunka, katar, wymioty, zapalenie spojówek, wysypka, ból gardła, ból mięśni, inne dolegliwości)?*

TAK

NIE

**Oświadczam, że:**

- zapoznałem(am) się z „Procedurą bezpieczeństwa w Środowiskowej świetlicy Socjoterapeutycznej w Świlczy w okresie pandemii COVID-19” i zobowiązuję się do jej

przestrzegania oraz natychmiastowego odebrania dziecka z placówki w razie wystąpienia jakichkolwiek oznak chorobowych

- podałam(em) powyższe dane zgodnie z prawdą,
- zobowiązuje się do poinformowania kierownika świetlicy, o każdej zmianie w zakresie udzielonych powyżej odpowiedzi,
- jestem świadoma(y), że podczas przebywania mnie/ mojego dziecka w świetlicy, pomimo stosowanych środków ochronnych i zapobiegawczych może dojść do zakażenia wirusem SARS CoV-2. Rozumiem i przyjmuję ryzyko zakażenia oraz powikłań COVID-19, a także przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym na członków rodziny.

AKTUALNY NUMER TELEFONU – ojca .....

matki .....

Ponadto wyrażam zgodę na wykonanie przez pracownika świetlicy pomiaru temperatury ciała mojego / dziecka

Data i czytelny podpis pracownika świetlicy lub rodzica dziecka

.....