**Swarzędz, dnia…………………………………………….**

**Imię i nazwisko rodziców: …………………………………………………………………………..**

**Imię i nazwisko dziecka:……………………………………………………………………….**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA**

**Czy dziecko czuje się zdrowe: TAK/NIE**

**Czy u dziecka występują: Duszności, Kaszel, Katar, Gorączka, Utrata apetytu, Osłabienie- zaznaczyć objaw, który występuje**

**Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, u której stwierdzono COVID-19 bądź osobą, która przebywa na kwarantannie? TAK/NIE**

**Czy dziecko miało kontakt z osobą chorą, przeziębioną itp.? TAK/NIE**

**Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą, nie istnieją żadne przeciwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka do przedszkola.**

**…………………………………………..**

**Podpis rodzica**

**ZGODA NA POMIAR TEMPERATURY CIAŁA DZIECKA**

**Niniejszym wyrażam zgodę przez czas trwania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, spowodowanego chorobą COVID-19 do badania temperatury ciała mojego dziecka przy użyciu termometru, każdego dnia podczas pobytu dziecka w przedszkolu. Powyższa zgoda ma na celu realizację przez przedszkole działań prewencyjnych i zapobiegawczych, związanych z ogłoszonym stanem epidemii.**

**…………………………………….**

**Podpis rodzica**