**Załącznik nr 4**

*do Wewnętrznej Procedury*

*Bezpieczeństwa na terenie przedszkola*

*w czasie trwania epidemii COVID-19*

**Wywiad epidemiologiczny – wypełnia opiekun**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia | |  |
| Pełny adres (z kodem pocztowym) | |  |
| PESEL ucznia | |  |
| Data urodzenia ucznia | |  |
| Nr telefonu / Adres e-mail | |  |
| Adres i nazwa szkoły | |  |
| Czy występują objawy chorobowe? (jeśli TAK, to jakie objawy, podaj datę wystąpienia pierwszych objawów) | NIE | data:  objawy: |
| TAK |
| Pełny adres kwarantanny (z kodem pocztowym) jeżeli inny niż podany powyżej | |  |

**Dane osób wspólnie zamieszkujących z ww. uczniem** (imię i nazwisko, telefon, PESEL, adres zamieszkania, miejsce i charakter pracy oraz ostatni dzień pracy):

………………………………………………………………………………………………………..

(data, imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz wywiadu epidemiologicznego)