

**ANKIETA DLA RODZICA/ OPIEKUNA
WSTĘPNA KWALIFIKACJA DO UDZIAŁU DZIECKA/UCZESTNIKA
W ZAJĘCIACH BEZPOŚREDNICH**

Szanowni Państwo,

Informujemy, iż przywrócenie możliwości, za zgodą rodziców, prowadzenia bezpośrednich zajęć dla dzieci mających opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, dzieci i młodzieży posiadających orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, dzieci i młodzieży z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, wymagających wsparcia, w tym odpowiednio w realizacji zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, zajęć rewalidacyjno-wychowawczych czy zajęć rewalidacyjnych oraz opiekuńczo-wychowawczych i konsultacji, niezbędnych do ich prawidłowego rozwoju obciążone jest zwiększoną emisją czynników wywołujących COVID-19.

Prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania. W przypadku choć jednej odpowiedzi „TAK” lub braku udzielenia odpowiedzi na co najmniej jedno pytanie, może zostać zidentyfikowane podwyższone ryzyko zakażenia. W takiej sytuacji placówka ma prawo odmówić wyrażenia zgody na uczestnictwo danego dziecka w zajęciach.

ANKIETA - prawidłową odpowiedź zaznacz krzyżykiem:

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

- Tak
- Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

- Tak
- Nie

3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa (w kraju lub za granicą)?

- Tak
- Nie

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

- Tak
- Nie

5. Czy obecnie występują u Pana(i)/dziecka/podopiecznego lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

- Tak
- Nie

6. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?

- Tak
- Nie

.....
data - podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego