**DOBROWOLNA KWALIFIKACYJNA ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA |  |
| NUMER TELEFONU DO NATYCHMIASTOWEGO KONTAKTU |  |

1. Czy Pani/Pana dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
* Tak
* Nie
1. Czy obecnie występują u Pani/Pana dziecka objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?
* Tak
* Nie
1. Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują/występowały w/w objawy u kogoś
z domowników?
* Tak
* Nie

Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz.926 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu w celu zapisania dziecka do oddziału przedszkolnego. Administratorem danych jest dyrektor przedszkola. Mam świadomość przysługującego mi prawa wglądu do treści danych oraz ich poprawiania. Dane podaję dobrowolnie.

Podpis: