

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

2) Czy obecnie występują u Pani/Pana dziecka objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak

Nie

3) 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: