

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Makowie Podhalańskim

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna

Zaznacz właściwą odpowiedź.

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

TAK NIE

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

TAK NIE

3. Czy Pan(i) /dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?

TAK NIE

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

TAK NIE

Inne nietypowe. Proszę podać jakie

.....
.....

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

W związku z koniecznością podjęcia w stosunku do mojego dziecka postępowania diagnostycznego i/lub terapeutycznego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Makowie Podhalańskim z oddziałem zamiejscowym w Jordanowie oświadczam, że jestem świadoma/y podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem SARS CoV-2 mnie i mojego dziecka w wymaganym bezpośrednim kontakcie ze specjalistami Poradni, pomimo zastosowanych w Poradni środków ochronnych. Rozumiem i w pełni akceptuję podwyższone ryzyko zakażenia, wynikające z tego konsekwencje dla życia i zdrowia mojego i mojego dziecka, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby, w tym moją rodzinę.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z procedurami obowiązującymi na terenie Poradni w związku z epidemią COVID-19, dostępnymi na stronie internetowej poradni <http://ppp.powiatsuski.pl/>

Zobowiązuję się do poinformowania Poradni o wystąpieniu u mnie, mojego dziecka lub członka rodziny zachorowania na COVID-19 do dwóch tygodni po wizycie w Poradni.

Zobowiązuję się do telefonicznego poinformowania Poradni o wszelkich zmianach w powyższej deklaracji przed kolejną wizytą w Poradni. *

.....
Data i czytelny podpis rodzica

*dotyczy dzieci, które korzystają z pomocy Poradni więcej niż jeden raz w danym roku szkolnym.