

Imię i nazwisko osoby wchodzącej do budynku szkoły:

.....

zaznacz X prawidłową odpowiedź:

	TAK	NIE
Czy występują u Ciebie objawy choroby: gorączka, kaszel, ból gardła, duszności?		
Czy jesteś objęty kwarantanną?		
Czy mieszkasz osobą zakażoną COVID 19 lub objętą kwarantanną?		
Czy w ciągu ostatnich 14 dni miałeś kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie COVID 19?		

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Knurów, dn.06.2020r

.....
(czytelny podpis)