

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI COVID-19 oraz niezbędne oświadczenia**

**Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku, ul. Kleeberga 8**

Imię i Nazwisko dziecka .....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna .....

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 w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

TAK            NIE

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

TAK            NIE

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

TAK            NIE

Inne nietypowe objawy. Proszę podać jakie .....

6. Czy w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w objawy u Pana(i)/ dziecka lub któregoś z domowników ?

TAK            NIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje 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.

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że przebywając na terenie Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku, ul. Kleeberga 8 pomimo zastosowania środków ochrony może dojść do zakażenia SARS CoV-2, lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Jako rodzic/opiekun prawny rozumiem i w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia się lub /i mojego dziecka oraz ryzyko powikłań COVID-19, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby. Świadomie decyduję się na skorzystanie z pomocy bezpośredniej Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku, ul. Kleeberga 8. Poinformowano mnie o możliwości odbywania sesji online lub zawieszenia spotkań do czasu opanowania sytuacji epidemicznej, jednak zdecydowałem/am się na odbycie konsultacji/ oraz przez moje dziecko w kontakcie bezpośrednim.

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

W przypadku konieczności wynikającej z pojawienia się przesłanek wskazujących na możliwość pozytywnego wyniku na obecność wirusa COVID-19 u osoby z personelu lub podopiecznych Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku, wyrażam zgodę na ujawnienie moich danych osobowych odpowiednim służbom sanitarno-epidemiologicznym.

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami funkcjonującymi na terenie Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku w okresie epidemii, akceptuję je i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Odstępuję od wszelkich ewentualnych roszczeń związanych z w/w zakażeniem wobec Centrum Pomocy Dzieciom Stowarzyszenia KLANZA w Białymstoku, ul. Kleeberga 8. oraz jego personelu, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....

data

.....

czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego