Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 9/2020

Dyrektora Gminnego Ośrodka Kultury w Pilchowicach

……………………………………………….

miejscowość, data

**ANKIETA ZDROWOTNA**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Pan/Pani/Dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)? | **TAK/NIE\*** |
| **Czy obecnie występują u Pani/ Pana/ Dziecka objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?** | **TAK/NIE\*** |
| **Czy w ostatnich 14 dniach występowały u Pani/ Pana/ Dziecka/ domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?** | **TAK/NIE\*** |

**\*właściwe podkreślić**

**…………………………………………**

**Podpis czytelny**