**Опитувальник для батьків або осіб, які їх замінюють, учня/вихованця**

**про самопочуття дитини з метою протидії поширенню коронавірусу (COVID-19)**

**(Заповніть анкету перед відвідуванням садочку)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Прізвище, ім'я, по-батькові учня/вихованця** | |
|  | |
| **2.Дата народження учня/вихованця** | |
|  | |
| **3.Адреса проживання учня/вихованця** | |
|  | |
| **4.Місце навчання** | |
|  | |
| **5.Клас/група** | |
|  | |
| **6.Чи наявні у учня/вихованця наступні симптоми:** | |
| *Можна обрати кілька варіантів одночасно. Якщо дитину турбує інший стан, якого немає у списку, зазначте симптом у графі "Інше".* | |
| *У випадку, якщо дитина почувається добре, оберіть варіант "Hічого з переліченого"* | |
| Так Ні | Підвищення температури тіла |
| Так Ні | Кашель, сухий кашель |
| Так Ні | Задишка |
| Так Ні | Лихоманка |
| Так Ні | Нічого з переліченого |
| Так Ні | Інше |
|  | |
| 7. Чи звертався **учень/вихованець** до лікаря з приводу наявності симптомів, зазначених у попередньому питанні | |
| Так Ні Якщо «так», вкажіть дату звернення до лікаря | |
|  | |
| **8. Чи робили дитині тест на коронавірус** | |
| Так Ні Вкажіть дату | |
|  | |
| **9. Чи перебував учень/вихованець у контакті з хворим на коронавірус** | |
| Так Ні Якщо «так», скільки днів минуло з дня останнього контакту | |
|  | |
| **10. Чи хворів учень/вихованець на коронавірус** | |
| Так Ні Якщо «так», скільки днів минуло з дня одужання | |
|  | |
| **11.Прізвище та ім'я Вашого сімейного лікаря** | |
|  | |
| **12.Згода на обробку персональних даних** | |
| Погоджуюсь | |
| **13. Прізвище, ім'я, по-батькові особи, яка заповнювавала опитувальник** | |
|  | |
| **14. Контактний номер телефону батьків** | |
|  | |