

Tanuló neve (KITÖLTENDŐ):.....

Tanuló osztálya (KITÖLTENDŐ):.....

- | | | |
|---|------|-----|
| 1. Találkozott –e gyermeke igazolt COVID -19 fertőzöttel az elmúlt 14 napban? | igen | nem |
| 2. Találkozott –e gyermeke olyannal, aki házi karanténban van? | igen | nem |
| 3. Járt –e gyermeke külföldön az elmúlt 14 napban? | igen | nem |
| 4. Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e gyermekénél: | | |
| a) láz (38 Celsius fok vagy magasabb) | igen | nem |
| b) köhögés, nehézlégzés | igen | nem |
| c) gyengeséget, végtagfájdalmat vagy egyéb influenzaszerű tünetet | igen | nem |
| 5. Tud-e arról, hogy COVID-19 fertőzött lenne? | igen | nem |

.....
gondviselő aláírása