**Опитувальник для батьків або осіб, що їх замінюють, учня(ці) СШ № 302**

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

1. Прізвище, ім'я, по-батькові учня(ці)
2. Дата народження учня(ці)
3. Адреса проживання учня(ці)
4. Клас
5. Чи наявні у учня(ці) такі симптоми: (можна обрати кілька варіантів одночасно. Якщо дитину турбує інший стан, якого немає у списку, впишіть симптоми у "інше". У випадку, якщо дитина почуваєтесь добре, оберіть варіант "Нічого з переліченого")

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Підвищена температура | Кашель, сухий кашель | Задишка | Лихоманка | Нічого з переліченого | Інше |
|  |  |  |  |  |  |

1. Чи зверталися учень(ця) до лікаря з приводу наявності симптомів, зазначених у попередньому питанні (якщо "так", то вкажіть дати)

Так \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Чи робили дитині тест на коронавірус (якщо "так", то вкажіть дату):

так \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Чи перебували учень(ця) у контакті з хворими на коронавірус (якщо так, скільки днів минуло з дня останнього контакту):

так \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Чи хворіли дитина на коронавірус (якщо так, скільки днів минуло з дня одужання)

так \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Прізвище та ім'я Вашого сімейного лікаря \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Згода на обробку персональних даних: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(погоджуюсь)

1. Прізвище, ім'я, по-батькові особи, яка заповнювала опитувальник:

.

1. Контактний номер телефону батьків: