



# SiSens Centrum Integracji Sensorycznej

## OŚWIADCZENIE COVID - 19

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

Ja niżej podpisany (-a)

.....  
*Imię i nazwisko, NR TELEFONU*

oświadczam pod odpowiedzialnością za ewentualne skutki podania nieprawdziwych informacji, że:

W ciągu **ostatnich 2 tygodni**, Ja i dziecko .....

*Imię i nazwisko dziecka*

	TAK	NIE	OPIS
Przebywaliśmy za granicą Polski, a w szczególności w rejonach objętych występowaniem zakażeń wirusem SARS - CoV-2 <b>UWAGA!</b> (jeśli odp. jest TAK w OPISIE proszę podać kraj/region pobytu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mieliśmy świadomy kontakt z osobami powracającymi z tego kraju/rejonu. <b>UWAGA!</b> (jeśli odp. jest TAK w OPISIE proszę podać z jakiego obszaru) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBECNIE - obserwuję u siebie / dziecka takie OBJAWY jak: • gorączka • kaszel • duszność <b>UWAGA!</b> (jeśli odp. jest TAK w OPISIE proszę podać od kiedy i jakie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego – oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....  
*data*

.....  
*podpis*