**Анкета учасника освітнього процесу**

**спеціалізованої школи № 301 імені Ярослава Мудрого**

**щодо захворюваності на коронавірус**

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

Достовірність наданої інформації підтверджую власним підписом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /підпис/