**COVID 19 egészségügyi kérdőív**

Alulírott ............................................. nyilatkozom a alábbiakról.

Gyermek neve:

Tartózkodási helye:

Szülő telefonszáma:

Egy háztartásban levő személyek száma:

Volt bármilyen tünetük az elmúlt 14 napban?

* Igen
* Nem

Ha az előző kérdésre a válasz igen, kinek és milyen tünete volt?

* Láz
* Köhögés
* Nehéz légzés
* Tüdőgyulladás
* Más influenzára utaló tünet
* Semmi, egészségesek vagyunk

Kinek volt tünete?

Ha voltak, mikor kezdődtek a tünetek?

Részesült orvosi ellátásban a tünetek miatt?

* Igen
* Nem
* Nincs tünetünk

Került-e szoros kapcsolatba új koronavírussal fertőzött személlyel?

* Igen
* Nem

Járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?

* Igen, az alábbi területeken:
* Nem

Hozzájárul, hogy gyermeke a táborban részt vegyen?

* Igen
* Nem

Nyilatkozom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum:

........................................... ........................................

 Gyermek neve Aláírás