**Wywiad epidemiologiczny – wypełnia opiekun**

**PROSZĘ WYPEŁNIĆDRUKOWANYMI LITERAMI - CZYTELNIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko ucznia | |  |  |
| Pełny adres (z kodem pocztowym) | |  |  |
| PESEL ucznia | |  |  |
| Data urodzenia ucznia | |  |  |
| Nr telefonu / Adres e-mail | |  |  |
| Adres i nazwa szkoły | |  |  |
| Czy występują objawy chorobowe? (jeśli TAK, to jakie objawy, podaj datę wystąpienia pierwszych objawów) | NIE | data:  objawy: |
| TAK |
| Pełny adres kwarantanny (z kodem pocztowym) jeżeli inny niż podany powyżej | |  |  |