**Skuteczna komunikacja z rodzicami/opiekunami dziecka
oraz z pracownikami Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Grzymiszewie w czasie zwiększonego zachorowania na Covid-19**

1. Komunikacja z Rodzicami/Opiekunami prawnymi dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:…………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Matka/Opiekun prawny** | **Ojciec/Opiekun prawny** |
| Nazwisko i imię |  |  |
| Telefon prywatny |  |  |
| Telefon do pracy |  |  |
| Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego |  |  |

1. Komunikacja z placówką:

- w godzinach pracy placówki (7.30 – 15.30) tel. 63 280-30-49

- kontakt z Dyrektorem placówki tel. 63 280-30-49, zspgrzymiszew@tlen.pl

………………………………………………….

Imię i nazwisko dziecka

**Szanowni Państwo**

 **Informujemy, iż powrót dzieci do placówki obciążony jest zwiększoną emisją czynników wywołujących COVID-19**, zarówno u dziecka, rodziców/opiekunów, jak i innych domowników.

 Zgodnie z rekomendacją Ministra Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz w trosce o bezpieczeństwo Państwa, dzieci i personelu placówki prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

**Ankieta** (zaznacz pętlą prawidłową odpowiedź)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Czy w ciągu 2 tygodni Pan/Pani/dziecko/ktoś z domowników lub osoba, z którą dziecko, rodzice (opiekunowie) lub domownicy mieli kontakt, przebywał za granicą? | TAK | NIE |
| 2. | Czy Pan/Pani/dziecko/ktoś z domowników lub osoba, z którą dziecko, rodzice (opiekunowie) lub domownicy mieli kontakt w ciągu ostatnich 14-stu dni jest objęty obecnie kwarantanną/nadzorem epidemiologicznym, bądź ma objawy infekcji? | TAK | NIE |
| 3. | Czy obecnie występują u dziecka objawy infekcji? | TAK | NIE |
| 4. | Czy obecnie lub w ciągu ostatnich dwóch tygodni występowały u kogoś z domowników objawy infekcji? | obecnie  | TAK | NIE |
| w ciągu ostatnich 2 tygodni | TAK | NIE |
| 5. | Czy Pan/Pani/dziecko/ktoś z domowników lub osoba, z którą dziecko, rodzice (opiekunowie) lub domownicy mieli kontakt w ciągu ostatnich 2 tygodni kontakt z osobą zakażoną wirusem Covid-19? | TAK | NIE |

………………………………………

podpis rodzica/rodziców/opiekuna prawnego