

ANKIETA

DATA	
IMIĘ I NAZWISKO	

1. Czy w okresie ostatnich 7 dni miał(a) Pan(i) lub osoba zamieszkująca w tym samym gospodarstwie domowym kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
 - tak
 - nie

2. Czy występują u Pani(a) bądź u któregokolwiek z domowników objawy?
 - gorączka powyżej 37,2⁰ C,
 - kaszel,
 - katar,
 - wysypka,
 - uczucie duszności-trudności w nabraniu powietrza,
 - biegunka,
 - bóle mięśni,
 - ból gardła,
 - utrata węchu i smaku,
 - nie występują.

Oświadczam, że w czasie trwania czasu pandemii COVID-19 jestem świadom/a istnienia licznych czynników ryzyka zakażeniem się COVID-19 oraz domowników i w przypadku zachorowania nie będą wnosić skarg i zażaleń.

Mimo wprowadzonych w Rzeszowskim Domu Kultury obostrzeń sanitarnych i wdrożonych wszelkich środków ochrony zdaję sobie sprawę, że na terenie placówki może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

W sytuacji wystąpienia zakażenia lub jego podejrzenia u klienta siłowni lub personelu Rzeszowski Dom Kultury zostaje zamknięty do odwołania, a wszyscy przebywający w danej chwili na terenie RDK oraz ich rodziny i najbliższe otoczenie przechodzą na kwarantannę.

podpis klienta siłowni

.....

TYGODNIOWY POMIAR TEMPERATURY*

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA /OPIEKUNA :

Lp	Data	Pomiar temperatury rodzica*	Pomiar temperatury dziecka*	Czy w dniu poprzednim wystąpiły jakieś niepokojące objawy typ (kaszel, gorączka)	Jeżeli <u>TAK</u> to jakie:
1					
2					
3					
4					
5					