

Zdravotný dotazník a vyhlásenie zákonného zástupcu dieťaťa/žiaka

pred začiatkom nového šk. roka 2020/2021

(Ochorenie COVID – 19 spôsobené koronavírusom SARS-CoV-2)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:	
Meno dieťaťa/žiaka:	
Adresa zákonného zástupcu:	
Telefón zákonného zástupcu:	

Dôvod použitia tohto dotazníka:

Dotazník je dôležitý z hľadiska monitorovania zdravia dieťaťa/žiaka, v súvislosti so začiatkom školského roka 2020/2021 počas trvania pandémie Covid-19, resp. koronavírusom SARS-CoV-2. Je dôležité, aby školy a školské zariadenia boli bezpečným miestom pre dieťa /žiaka v procese vzdelávania a výchovy.

Dotazník vyplní zákonný zástupca dieťaťa/žiaka:

Vyhlasujem, že dieťa/žiak vycestovalo v termíne od 17. 8. do 1. 9. 2020 mimo Slovenskej republiky:	
ÁNO	NIE
Vyhlasujem, že dieťa/žiak sa zúčastnilo hromadného podujatia v termíne od 17. 8. do 1. 9. 2020:	
ÁNO	NIE

V prípade, že ste na niektorú z hore uvedených otázok odpovedali „ÁNO,“ ste povinný sledovať zdravotný stav dieťaťa a osôb žijúcich v spoločnej domácnosti a iných blízkych osôb, s ktorými je dieťa v častom kontakte do 16.9.2020.

V prípade výskytu príznakov (nádcha, kašeľ, telesná teplota nad 37 °C, strata čuchu a chuti, hnačka, bolesti hlavy) u dieťaťa alebo osôb žijúcich v spoločnej domácnosti a iných blízkych osôb ste povinný bezodkladne kontaktovať lekára všeobecnej starostlivosti (VLD a VLDD) a postu podľa v zmysle jeho odporúčaní. Dieťa nenavštevuje školu/školské zariadenie do doby určenej príslušným lekárom.

Ďalej vyhlasujem, že dieťa neprejavuje príznaky akútneho ochorenia, že Regionálny úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, napr. po návrate zo zahraničia – „červených krajín“, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, ako aj iné blízke osoby, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. COVID-19, hnačka, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami)

Podpis zákonného zástupcu:	
----------------------------	--