Эпидемиологический лист\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И.О.ребёнка | | |
| Дата рождения | | |
| Посещали ли Вы (ребенок) в течение последнего месяца иностранные  государства: | ДА | НЕТ |
| Если ДА, укажите какое государство посещали: |  |  |
| Укажите дату посещения (возвращения) |  |  |
| Контактировали Вы (ребенок) с лицами, вернувшимися из других  государств | ДА | НЕТ |
| Если ДА, укажите дату контактов\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Вы (ребенок) были в контакте с больными или инфицированными  COVID 19 | ДА | НЕТ |
| Если находились в самоизоляции по контакту, дата отрицательного  анализа на COVID 19 |  |  |
| Были ли у Вас (ребёнка) признаки ОРВИ или имеются сейчас  (повышение температуры, ломота в «мышцах», резь в глазах,  слезотечение, сухой кашель, першение в горле, потеря обоняния или  вкуса) в течение последних 14 дней | ДА | НЕТ |
| Если забелевшие ОРЗ/ОРВИ (повышение температуры, ломота в «мышцах», резь в глазах, слезотечение, сухой кашель, першение в горле, потеря обоняния или вкуса) в семье или в ближайшем окружении?  Если ДА, то когда? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ДА | НЕТ |

Я подтверждаю, что вся предоставленная мною информация верна. Я ознакомлен (а),

Что за сокрытие или предоставление ложной информации несу ответственность по закону Российской Федерации ст.19.7 КоАП РФ

Дата заполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г.

Ф.И.О. и подпись законного представителя ребёнка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

\*заполняется законным представителем ребёнка