|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № |  Вопросы | ДА  | НЕТ |
| 1  | Болел Ваш ребенок ранее новой коронавирусной инфекцией COVID-19?Есть ли у Вас справка о выздоровлении? |  |  |
| 2 | Был ли Ваш ребёнок в контакте с больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19? |  |  |
| 3 | Выезжал ли Ваш ребенок за последние 14 дней за пределы Нижегородской области, Российской Федерации?  |  |  |
| 4 | Имеются ли у Вашего ребенка сейчас признаки ОРВИ, или имелись в последние 14 дней: • повышение температуры, • «ломота» в мышцах, недомогание,• резь в глазах, слезотечение, • сухой кашель, першение в горле, • потеря обоняния или вкуса |  |  |
| 5  | Контактировал ли Ваш ребёнок за последние 14 дней с лицами, прибывшими из зарубежья?  |  |  |
| 6  | Был ли у ребёнка контакт с больными инфекционными заболеваниями в течение последних 21 дней? |  |  |
| 7.  | Были ли у ребенка расстройства пищеварения в течение последних 7 дней |  |  |
| 8 | Как вы оцениваете состояние своего ребёнка в настоящее время? Здоров ли он? |  |  |

Достоверность указанных сведений подтверждаю (подчеркнуть):

мать, отец, законный представитель

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись воспитателя/сотрудника, принимающего ребёнка в группу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_