|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_