**Zdravotný dotazníka vyhlásenie zákonného zástupcu dieťaťa**

**pred začiatkom nového šk. roka 2020/2021**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu: |  |
| Meno dieťaťa: |  |
| Adresa zákonného zástupcu: |  |
| Telefón zákonného zástupcu: |  |

**Dôvod použitia tohto dotazníka:**

Dotazník je dôležitý z hľadiska monitorovania zdravia dieťaťa, 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 v procese vzdelávania a výchovy.

**Dotazníkvypĺňakaždý zákonný zástupca dieťaťa:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prehlasujem,že dieťa vycestovalo v termíne od 17. 8. do 31. 8. 2020 mimo Slovenskej republiky:** | |
| **ÁNO** | **NIE** |
| **Prehlasujem, že dieťa sa zúčastnilo hromadného podujatia\* v termíne od 17. 8. do 31. 8. 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.*

*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 postupovať 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, 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: |  |