ZAŁĄCZNIK NR 1

Szkoła: **Klasa:**

Lp	Imię	Nazwisko	Nr Pesel	Adres zamieszkania (ulica, nr domu mieszkania, kod pocztowy, miejscowość	Adres odbywania kwarantanny	Czy występują objawy chorobowe (jakie)	Opiekun prawny osoby małoletniej (imię nazwisko)	Osoby wspólnie zamieszkujące z uczniem i zobowiązane do odbycia kwarantanny (imię nazwisko, pesel lub data urodzenia)	Adres e-mail opiekuna prawnego osoby małoletniej	nr telefonu opiekuna prawnego osoby małoletniej	Ostatni dzień kontaktu z osobą zakażoną	data rozpoczęcia kwarantanny, czyli data poinformowania osoby o obowiązku odbycia kwarantanny

Proszę podać wyłącznie osoby, które miały kontakt z osobą zakażoną i były obecne w szkole/przedszkolu.