

# INFORMACJA / OŚWIADCZENIE O POSIADANYCH ALERGIACH I OBJAWACH ALERGICZNYCH MOGĄCYCH SUGEROWAĆ ZAKAŻENIE DZIECKA

Ja niżej podpisany oświadczam, że u mojego dziecka:

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

w związku z alergią mogą występować objawy alergiczne świadczące o zakażeniu **COVID 19** i związanym z tym stanem chorobowym:

a) najczęściej występujące objawy:

gorączka

suchy kaszel

zmęczenie

b) rzadziej występujące objawy:

ból mięśni

ból gardła

biegunka

zapalenie spojówek

ból głowy

utrata smaku lub węchu

wysypka skórna lub przebarwienia palców u rąk i stóp

c) poważne objawy:

trudności w oddychaniu lub duszności

ból lub ucisk w klatce piersiowej

utrata mowy lub zdolności ruchowych

i inne

W przypadku występowania któregoś z wyżej opisanych objawów, prosimy o podkreślenie i bliższe opisanie poniżej, np. u dziecka występuje stale podwyższona temperatura ciała do 37.2 stopni Celsjusza, dziecko na skutek przyjmowania leków może wykazywać oznaki zmęczenia, itp.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Pyzdry, dn. .... 2020 r.

.....  
podpis rodzica/  
opiekuna prawnego