

## VPRAŠALNIK

### ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA UČENCEV IN DIJAKOV CIRIUS KAMNIK

Ime in priimek : \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Ima vaš otrok danes, ali je imel v zadnjih 14 dneh povišano telesno temperaturo (nad 37,5°C)?		
2.	Je bil v zadnjih 14 dneh prehlajen?		
3.	Kašlja oziroma je kašljal v zadnjih 14 dneh?		
4.	Je imel v zadnjih 14 dneh bolečine v grlu, žrelu?		
5.	Ima spremenjen okus ali vonj?		
6.	Je imel v zadnjih 14 dneh občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Ima oziroma je imel v zadnjih 14 dneh bolečine v mišicah?		
8.	Je imel v zadnjih 14 dneh prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
9.	Je kdo od vaših družinskih članov ali drugih oseb, s katerimi je prihajal v stik, imel predhodno navedene težave?		
10.	Je bil v zadnjem času v stiku z večjim številom oseb (več kot običajni družinski stiki)?		
11.	Je imel pozitiven bris na COVID-19?		
12.	Je bil, oziroma je v stiku z osebo, za katero je odrejena karantena?		

**Če ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, je pred vračanjem v šolo potreben posvet z osebnim zdravnikom ali zdravstveno službo CIRIUS Kamnik.**

Podpis starša s katerim potrjuje resničnost vseh navedb:

\_\_\_\_\_