**АНКЕТА**

**для приема в МАУ «Спортивная школа «Вымпел»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  | **Вопросы**  | **ДА**  | **НЕТ**  |
| 1  | Больны ли Вы и/или Ваш ребенок новой коронавирусной инфекцией COVID-19?  |   |   |
| 2  | Болели ли Вы и/или Ваш ребенок ране новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Есть ли у Вас справка о выздоровлении?  |   |   |
| 3  | Имеются ли у Вас и/или Вашего ребенка сейчас признаки ОРВИ, или имелись в последние 14 дней: * повышение температуры,
* «ломота» в мышцах,
* резь в глазах, слезотечение,
* сухой кашель, першение в горле,
* потеря обоняния или вкуса
 |   |   |
| 4  | Вы были в контакте с больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Если да, то когда именно?  |   |   |
| 5  | Были ли Вы/Ваш ребенок в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? Если да, то когда?  |   |   |
| 6  | Были ли Вы/Ваш ребенок за последние 14 дней в регионах (странах), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?  |   |   |
| 7  | Контактировали ли Вы за последние 14 дней с лицами, вернувшимися из регионов (стран), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?  |   |   |
| 8  | Живете ли Вы в семье с кем-то, кому был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19?  |   |   |
| 9  | Имеются ли у Вас заболевания почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, Если да, то какие? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |   |   |

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_