**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_