

**Student's First & Last Name:** \_\_\_\_\_ **Grade:** \_\_\_\_ **Temperature:** \_\_\_\_\_

1. Are you experiencing the following symptoms: fever, cough, shortness of breath, chills, sore throat, muscle pain, shivering, headache or new loss of taste or smell?  
Yes No
2. Within the past 14 days have you been in close contact with someone who had COVID-19 symptoms or tested positive for COVID-19?  
Yes No
3. Have you had a positive COVID-19 test for active virus in the past 10 days?  
Yes No
4. Were you recently in a large crowd where social distancing was hard to maintain?  
Yes No
5. Have you traveled to an area or a state with high COVID-19 infections rate?  
Yes No

**Signature**.....

**Date** .....

**Imię i Nazwisko Ucznia:** \_\_\_\_\_ **Klasa:** \_\_\_\_ **Temperatura:** \_\_\_\_\_

1. Czy masz którykolwiek z objawów: gorączka, kaszel, trudności w oddychaniu, dreszcze, ból gardła, ból mięśni, ból głowy lub utrata smaku lub węchu?  
Tak Nie
2. Czy w przeciągu 14 dni miałeś kontakt z osobą, która miała symptomy COVID-19 lub miała pozytywny wynik testu na COVID-19?  
Tak Nie
3. Czy w przeciągu 10 dni miałeś wykonywany test na COVID-19 i czy wynik testu był pozytywny?  
Tak Nie
4. Czy ostatnio znajdowałeś się w dużej grupie ludzi, gdzie bezpieczny dystans był ograniczony lub niemożliwy?  
Tak Nie
5. Czy podróżowałeś do miejsc, stanów lub krajów o wysokim ryzyku zachorowania na COVID-19?  
Tak Nie

**Podpis**.....

**Data**.....