

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO

SLUŽBA ZA ŠKOLSKU MEDICINU

**Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom**

**(za dijete ispunjava roditelj)**

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

1. Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature

DA NE

2. Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19

DA NE

3. Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije

DA NE

4. Razlog dolaska \_\_\_\_\_

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

Mjesto i datum \_\_\_\_\_

Potpis \_\_\_\_\_