**Сведения о состоянии здоровья ребенка, его контактах при отсутствии в образовательном учреждении более 5 дней по причинам, не связанным с перенесенным заболеванием**

Ф.И.О. ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отсутствовал в МБДОУ № 165 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Имеется ли у ребенка повышенная температура тела утром (> 37,0° С): да/нет.
2. Есть ли у ребенка признаки заболеваний (слабость, насморк, кашель и др): да/нет.
3. В контакте с инфекционными больными за истекший период не состоял.

Полноту и достоверность сведений подтверждаю.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись законного представителя) (расшифровка)