

QUESTIONARIO MONITORAGGIO SETTIMANALE DATI SANITARI DEL MINORE

--	--

Cognome/family name

Nome/first name

--	--

Luogo e data di nascita/place and date of birth

Nazionalità/nationality

Indicare se negli ultimi 7 giorni il minore ha avuto
Specify if the minor in the last 7 seven has had

Febbre/temperature	si/yes	no
Tosse/cough	si/yes	no
Recente difficoltà respiratoria/recent breath difficulty	si/yes	no
Perdita sensazione del gusto/loss of taste sense	si/yes	no
Perdita capacità di sentire gli odori/loss of smell sense	si/yes	no
Diarrea-vomito/diarrhea-vomit	si/yes	no
Inappetenza/lack of appetite	si/yes	no
Essere stato a stretto contatto con caso di COVID 19 sospetto o confermato (se noto)/ having been in touch with a COVID-19 case, suspect or confirmed (if known)	si/yes	no

Altro/other informations _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000).

Data/date

Firma di chi esercita la potestà parentale
Signature of the person exercising parental authority

COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI E DEBITAMENTE FIRMATA,
COPIA DI TALE QUESTIONARIO DOVRA' ESSERE CONSEGNATA
OGNI LUNEDI' MATTINA ALL'INGRESSO DELL'ORATORIO DA PARTE DELL'ISCRITTO.

IN ASSENZA DI TALE DOCUMENTO NON POTRA' ESSERE CONSENTITO L'ACCESSO AL CENTRO ESTIVO.



**Salesiani
don Bosco**
Venaria Reale