

Plesso \_\_\_\_\_

### Questionario monitoraggio settimanale dati sanitari del minore

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>

<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Nazionalità</b>

Indicare se negli ultimi 7 giorni il minore ha avuto (crocettare)

Febbre	Sì	No
Tosse	Sì	No
Recente difficoltà respiratoria	Sì	No
Perdita sensazione del gusto	Sì	No
Perdita capacità di sentire gli odori	Sì	No
Diarrea-vomito	Sì	No
Inappetenza	Sì	No
Essere stato a stretto contatto con caso di COVID 19 sospetto o confermato (se noto)	Sì	No

Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Rivoli,

Firma di chi esercita la potestà parentale

\_\_\_\_\_