Allegato C

Questionario monitoraggio settimanale dati sanitari del minore
Monitoring weekly survey of health data of the minor

Cognome	Nome

Luogo e data di nascita	Nazionalità

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

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

Altro _____
_____
_____
_____

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

Data

_____

Firma di chi esercita la potestà parentale

_____