

INTERVISTA ACCESSO AL LABORATORIO (da presentare nel caso in cui il minore si rechi presso il laboratorio in autonomia, non accompagnato dai genitori)

DATA _____

Durante la notte mi* figli* _____ ha presentato i seguenti sintomi:

febbre	SI	NO
tosse secca	SI	NO
respiro affannoso/difficoltà respiratorie	SI	NO
dolori muscolari diffusi	SI	NO
mal di testa	SI	NO
raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)	SI	NO
mal di gola	SI	NO
congiuntivite	SI	NO
diarrea	SI	NO
perdita del senso del gusto (ageusia)	SI	NO
perdita del senso del dell'olfatto (anosmia)	SI	NO

Firma _____

INTERVISTA ACCESSO AL LABORATORIO (da presentare nel caso in cui il minore si rechi presso il laboratorio in autonomia, non accompagnato dai genitori)

DATA _____

Durante la notte mi* figli* _____ ha presentato i seguenti sintomi:

febbre	SI	NO
tosse secca	SI	NO
respiro affannoso/difficoltà respiratorie	SI	NO
dolori muscolari diffusi	SI	NO
mal di testa	SI	NO
raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)	SI	NO
mal di gola	SI	NO
congiuntivite	SI	NO
diarrea	SI	NO
perdita del senso del gusto (ageusia)	SI	NO
perdita del senso del dell'olfatto (anosmia)	SI	NO

Firma _____

