

LLISTA DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES COVID19

Dia:...../...../..... Hora:.....:.....

Nom i cognoms del/a participant:.....

Temperatura corporal

°

SI NO

Tos continuada o persistent

Signatura pare/mare/tutor:

Dificultat respiratòria

Malestar general

Vòmits i/o diarrees

Nom del pare / mare / tutor/a

Pèrdua d'olfacte i/o gust

.....

LLISTA DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES COVID19

Dia:...../...../..... Hora:.....:.....

Nom i cognoms del/a participant:.....

Temperatura corporal

°

SI NO

Tos continuada o persistent

Signatura pare/mare/tutor:

Dificultat respiratòria

Malestar general

Vòmits i/o diarrees

Nom del pare / mare / tutor/a

Pèrdua d'olfacte i/o gust

.....

LLISTA DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES COVID19

Dia:...../...../..... Hora:.....:.....

Nom i cognoms del/a participant:.....

Temperatura corporal

°

SI NO

Tos continuada o persistent

Signatura pare/mare/tutor:

Dificultat respiratòria

Malestar general

Vòmits i/o diarrees

Nom del pare / mare / tutor/a

Pèrdua d'olfacte i/o gust

.....

LLISTA DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES COVID19

Dia:...../...../..... Hora:.....:.....

Nom i cognoms del/a participant:.....

Temperatura corporal

°

SI NO

Tos continuada o persistent

Signatura pare/mare/tutor:

Dificultat respiratòria

Malestar general

Vòmits i/o diarrees

Nom del pare / mare / tutor/a

Pèrdua d'olfacte i/o gust

.....

LLISTA DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES COVID19

Dia:...../...../..... Hora:.....:.....

Nom i cognoms del/a participant:.....

Temperatura corporal ^o

	SI	NO	
Tos continuada o persistent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Signatura pare/mare/tutor:
Dificultat respiratòria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malestar general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vòmits i/o diarrees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom del pare / mare / tutor/a
Pèrdua d'olfacte i/o gust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>