



## LLISTAT DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES PER A LES FAMÍLIES DELS INFANTS D'INFANTIL I PRIMÀRIA DE L'ESCOLA L'ESTEL

**Nom de l'alumne/a :**

**Curs:**

**Data:**

**Si el vostre fill, filla o infant no es troba bé, marqueu\* amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febre o febrícula       | <input type="checkbox"/> Mal de panxa   |
| <input type="checkbox"/> Tos                     | <input type="checkbox"/> Vòmits         |
| <input type="checkbox"/> Dificultat per respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea        |
| <input type="checkbox"/> Congestió nasal         | <input type="checkbox"/> Malestar       |
| <input type="checkbox"/> Mal de coll             | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |

**Si a casa hi ha alguna persona adulta<sup>1</sup> que no es troba bé, marqueu\* amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febre o febrícula       | <input type="checkbox"/> Calfreds       |
| <input type="checkbox"/> Tos                     | <input type="checkbox"/> Vòmits         |
| <input type="checkbox"/> Dificultat per respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea        |
| <input type="checkbox"/> Falta d'olfacte de gust | <input type="checkbox"/> Malestar       |
| <input type="checkbox"/> Mal de coll             | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |

- Si heu marcat una o diverses caselles **cal que eviteu portar l'infant** a l'escola i que us poseu en contacte amb els responsables de la mateixa per comunicar-ho.
- En horari d'atenció del vostre centre d'atenció primària, poseu-vos en contacte telefònic amb el vostre **equip de pediatria** o de **capçalera**. En cas contrari, truqueu al **061**.

Signatura de pare/ mare o tutor/a legal :