

LIDO LOCARNO

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Cari genitori,

siete pregati di compilare a nome di vostro/a figlio/a questa autocertificazione al primo giorno del corso prima dell'inizio della lezione e ritornarlo firmato all'istruttore.

Figlio/a:

Rispondere alle domande selezionando la casella SI o NO:	SI	NO
Presenta sintomi di malattia come febbre, mal di testa, mal di gola, tosse?		
È sottoposto/a alla misura della quarantena?		
È un soggetto a rischio?		

Genitori / Accompagnatori:

Rispondere alle domande selezionando la casella SI o NO:	SI	NO
Presentano sintomi di malattia come febbre, mal di testa, mal di gola, tosse?		
Sono sottoposti alla misura della quarantena?		
Hanno contratto il Covid-19?		

In caso di selezione del «SI» : STOP!

- ➔ Fate rimanere a casa il/la figlio/a e chiamate il vostro medico
- ➔ Informate immediatamente l'istruttore del corso

Dati personali

Le informazioni fornite servono esclusivamente per ricostruire eventuali catene di contagi. Saranno trattate in modo confidenziale.

Dati figlio/a:

Nome: _____ Cognome: _____
Data di nascita: _____

Dati genitore / accompagnatore

Nome: _____ Cognome: _____
Telefono: _____ E-mail: _____

Confermo di aver letto, capito e risposto a tutte le domande in modo onesto e mi impegno a rispettare le regole.

Luogo, data: _____ Firma: _____
(Genitore o rappresentante legale)