



ANNEX 1 - Qüestionari d'autoavaluació per COVID-19

NOM COMPLERT CURSETISTA	
NOM MARE/PARE/TUTOR	
TELÈFON DE CONTACTE	
CORREU ELECTRÒNIC	

Has patit cap símptoma relacionat amb la COVID-19 als últims dies?

- FEBRE (Superior a 37,5°C persistent) SI NO
- TOS SECA PERSISTENT SI NO
- DIFICULTAT RESPIRATORIA (o respiració accelerada en situacions de calma) SI NO
- ANÒSMIA (Pèrdua d'olfacte o gust) SI NO

ALTRES OBSERVACIONS MÈDIQUES A TENIR EN COMPTE

Has tingut contacte amb persones que hagin estat diagnosticades positives de COVID-19?

- Amb algú del meu grup de convivència SI NO
- Amb algú amb poc contacte SI NO
- En cas d'afirmació d'alguna de les anteriors....
- Has fet quarantena? SI NO
 - Tens una PCR negativa? SI NO

Barcelona, a ____ de _____ de 20__

Nom i Cognoms, DNI i

Signatura, pare/mare o tutor/tutora:
