

# Журнал

## регистрации работников МКОУ СОШ №5 с признаками COVID-19



№	Дата выявления симптомов Covid-19	ФИО обследуемого работника ППЭ	Год рождения	Должность	Описание симптомов (температура, озноб, кашель)	ФИО медицинского работника	Подпись медицинского работника	Подпись работника об уведомлении *
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								

\* Подпись работника об уведомлении его о требовании соблюдения режима самоизоляции и незамедлительном обращении за медицинской помощью на дому

# Журнал

## Регистрации учащихся МКОУ СОШ №5 с признаками COVID-19



№	Дата выявления симптомов Covid-19	ФИО обследуемого участника	Год рождения	Наименование ООО	Описание симптомов (температура, озноб, кашель)	ФИО медицинского работника	Подпись медицинского работника	Подпись учащегося об уведомлении *
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								

Подпись учащегося об уведомлении его о требованиях соблюдения режима самоизоляции и незамедлительном обращении за медицинской помощью на дому