



## LLISTAT DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES PER A LES FAMÍLIES

**Si el vostre fill, filla o infant o adolescent tutelat 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'activitat 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 (CAP), poseu-vos en contacte telefònic amb el vostre **equip de pediatria** o de **capçalera**. En cas contrari, truqueu al **061**.

1. Si es tracta d'un altre infant o adolescent de la unitat familiar utilitzeu la primera llista.



**ESCOLA ALEXANDRE GALÍ**

Tel: 93.310.64.44

a8037814@xtec.cat



**Consorci d'Educació  
de Barcelona**

Generalitat de Catalunya  
Ajuntament de Barcelona