

(別紙-3)

健康観察票（保護者用）

入場・撮影希望 申請者（保護者）	氏名	
------------------	----	--

1家庭1名の入場となります。関係選手をすべて記入して下さい。

所属（チーム）		学年		男 女	氏名	
所属（チーム）		学年		男 女	氏名	
所属（チーム）		学年		男 女	氏名	
所属（チーム）		学年		男 女	氏名	

月	日	曜	検温	次の症状に該当する場合は○印を、異常がない場合は✓を記入して下さい。										その他	
				発熱 (37.5℃ 以上)	咳	息苦しさ	鼻水 鼻づまり	喉の痛み	頭痛	下痢	嘔吐	倦怠感	味覚 嗅覚 の異常		
8月	29日	(土)	朝	. °C											
			夕	. °C											
8月	30日	(日)	朝	. °C											

事前に記入し、入場時に受付へ提出してください。