

**ARKUSZ MONITOROWANIA PRZESTRZEGANIA PROCEDUR BEZPIECZEŃSTWA
PODCZAS PANDEMII COVID – 19**

Data:

1. Bezpieczeństwo w salach i budynku:

Czy są dostępne procedury związane z pandemią COVID - 19	TAK	NIE
Wietrzenie sal min jeden raz na godzinę? (proszę podać godziny wietrzenia)		
Czy płyny do dezynfekcji znajdują się przy wejściu do budynku?	TAK	NIE
Czy pracownicy zaopatrzeni w środki ochrony osobistej?	TAK	NIE
Czy są instrukcje prawidłowego mycia rąk w toaletach?	TAK	NIE
Czy jest sala do izolacji odpowiednio wyposażona?	TAK	NIE
Czy potrzebne numery telefonów znajdują się w dostępnym miejscu?	TAK	NIE
Czy zostały usunięte zbędne zabawki?	TAK	NIE

2. Dzieci

Czy dzieci korzystają z placów zabaw?	TAK	NIE
Czy wszystkie dzieci są zdrowe (bez objawów chorobowych)?	TAK	NIE
Jaka jest ilość dzieci na jednego opiekuna?		

3. Catering

Czy dowożący ma środki ochrony osobistej?	TAK	NIE
Czy utrzymana jest wysoka higiena dowożenia posiłków?	TAK	NIE
Czy nienaganna jest jakość mycia i wyparzania pojemników i sztućców	TAK	NIE

4. Uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

data i podpis wypełniającego

