

Приложение 9
к Положению об организации питания
воспитанников в ДОУ

Гигиенический журнал (сотрудники)

№ п/п	Дата	ФИО работника	Должность	Подпись сотрудника об отсутствии признаков инфекционных заболеваний у сотрудника и членов семьи	Подпись сотрудника об отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей и гнойничковых заболеваний кожи рук, и открытых поверхностей тела	Результат осмотра медицинским работником (<i>допущен/ отстранен</i>)	Подпись медицинского работника