

**Приложение 10**  
к положению об организации питания  
воспитанников в ДООУ

**Гигиенический журнал (сотрудники)**

№ п/п	Дата	ФИО работника (последнее при наличии)	Должност ь	Подпись сотрудника об отсутствии признаков инфекционн ы х заболеваний у сотрудника и членов семьи	Подпись сотрудника об отсутствии заболевани й верхних дыхательны х путей и гнойничков ы х заболевани й кожи рук и открытых поверхности тел а	Результат осмотра медицинским работником (ответственным лицом) <i>(допущен/ отстранен)</i>	Подпис ь медици н ского работн и ка  (ответс т венног о лица)
1							
2							
3							