

## SUMMER CAMP 2020 PRE-CAMP HEALTH SCREENING

Camper Name: \_\_\_\_\_

First Day at Camp: \_\_\_\_\_

	Temp:	Cough		Shortness of Breath		Diarrhea		Fatigue		Headache		Muscle Aches		Nausea		Loss of Taste/Smell		Sore Throat		Vomiting	
<b>Day 1</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 2</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 3</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 4</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 5</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 6</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 7</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 8</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 9</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 10</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 11</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 12</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 13</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
<b>Day 14</b>		Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N

*Please return completed form to camp staff on the first day of camp.  
One form per camper.*