**CHECK LIST LUGAR PARA FUNCIONAMIENTO**

**DE ACTIVIDADES PRESENCIALES PARA GRUPOS GUÍAS Y SCOUTS**

La presente lista de chequeo tiene por objeto verificar el cumplimiento efectivo de las medidas preventivas emanadas del Protocolo para Actividades de Programa de niños, niñas y jóvenes. Marcar con una “X” según corresponda:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ítem** | **Del lugar de las actividades** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| **1** | ¿Cuenta con un punto para realizar acceso controlado? (Control de datos, temperatura y preguntas de sintomatología) |  |  |  |
| **2** | ¿El lugar cuenta con baño? |  |  |  |
| **3** | ¿El lugar de actividades cuenta con agua potable y jabón líquido para el lavado de manos o limpieza con alcohol gel? |  |  |  |
| **4** | ¿El lugar cuenta con toalla de papel desechable para el secado de manos? |  |  |  |
| **5** | ¿Se dispone de basurero con tapa para la eliminación de elementos de protección, tales como mascarillas desechables, papel de secado de manos, guantes, entre otros? |  |  |  |
| **6** | ¿El lugar cuenta con la superficie proporcional al número de participantes? (4 m² por persona) |  |  |  |
| **7** | ¿Los baños se encuentran limpios y desinfectados, libres de la presencia de residuos en orina, heces y otros fluidos corporales? |  |  |  |
| **8** | ¿El entorno del lugar de actividades se encuentra limpio? |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **NOMBRE Y FIRMA****RESPONSABLE DE GRUPO** | **NOMBRE Y FIRMA****DIRECTOR O DIRECTORA DE DISTRITO** |

### CHECK LIST SEGUIMIENTO GESTIÓN DISTRITAL

**DE ACTIVIDADES PRESENCIALES PARA GRUPOS GUÍAS Y SCOUTS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ítem** | **Documento de apoyo a la Gestión Distrital** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| **1** | ¿Cuentan todos/as los/as participantes del Consejo de Grupo con la capacitación exigida? |  |  |  |
| **2** | ¿El Grupo cuenta con un lugar establecido para sus reuniones habituales? |  |  |  |
| **3** | ¿Están todas las unidades del Grupo autorizadas en el Acta de solicitud de permiso de Retorno? |  |  |  |
| **4** | ¿Envió el Grupo el aviso de actividad con la anticipación exigida en el protocolo? |  |  |  |
| **5** | ¿El Director/a y/o el Comité Ejecutivo del Distrito envía respuesta de la solicitud dentro del plazo? |  |  |  |
| **6** | ¿Se ha realizado alguna modificación respecto al Acta de solicitud anterior? (señale cual) |  |  |  |
| **7** | ¿Se cumplen con las medidas del protocolo durante el desarrollo de las actividades? (especificar) |  |  |  |
| **8** | ¿Se deja registro de todas aquellas personas que participan en las actividades? |  |  |  |
| **9** | ¿Se realiza control sanitario a los participantes antes de ingresar a las actividades presenciales? |  |  |  |
| **10** | ¿Se han recibido todas las hojas de Ruta Covid autorizadas por el Distrito? |  |  |  |
| **11** | ¿Informa el Grupo de alguna situación especial no contemplada? (especifique) |  |  |  |