

Dzienne badania zdrowotne uczniów

Poniższe dzienne badania zdrowotne są niezbędne aby uzupełnić je każdego dnia przed rozpoczęciem zajęć w szkole.

1. Czy twoje dziecko, lub inny członek rodziny czeka obecnie na wyniki testu na COVID-19?

Nie _____ IDŹ. Możesz przyjść do szkoły.

Tak _____ ZATRZYMAJ SIĘ. Nie możesz przyjść do szkoły.

2. Czy w ciągu ostatnich 10 dni twoje dziecko miało jakiegokolwiek symptomy COVID-19, w tym temperaturę 100F lub wyższą, kaszel, utratę smaku lub zapachu, sptycony oddech, ból gardła, ból głowy, zatknięty nos, katar (kichanie), niestrawność żołądkową?

Nie _____ IDŹ. Możesz przyjść do szkoły.

Tak _____ ZATRZYMAJ SIĘ. Nie możesz przyjść do szkoły.

3. Czy w ciągu ostatnich 10 dni twoje dziecko uzyskało potwierdzony laboratoryjnie pozytywny wynik testu na COVID-19 (nie test wykonany z krwi) lub minęło 90 dni od ich poprzedniego pozytywnego wyniku testu na COVID-19? Zauważ, 10 dni było mierzone od dnia kiedy miałeś badanie na COVID-19, nie dotyczy to dnia uzyskania wyników

Nie _____ IDŹ. Możesz przyjść do szkoły.

Tak _____ ZATRZYMAJ SIĘ. Nie możesz przyjść do szkoły.

4. Opierając się na twojej najlepszej wiedzy, czy w ciągu ostatnich 10 dni twoje dziecko znajdowało się w bliskim kontakcie z kimś kto otrzymał pozytywny wynik testu na COVID-19 lub z kimś komu powiedziano, że ma symptomy COVID-19

Nie _____ IDŹ. Możesz przyjść do szkoły.

Tak _____ ZATRZYMAJ SIĘ. Nie możesz przyjść do szkoły.

5. Czy w ciągu ostatnich 10 dni twoje dziecko lub inny członek rodziny powrócił z podróży zagranicznej?

Nie _____ IDŹ. Możesz przyjść do szkoły.

Tak _____ ZATRZYMAJ SIĘ. Nie możesz przyjść do szkoły.

Imię i nazwisko ucznia _____

Podpis rodzica _____

Data _____