

نموذج إقرار الطالب في المرحلة الابتدائية كوفيد-19

وثيقة تكميلية من أجل: المشرف المختص بكوفيد-19 ومنسق الفحص والإقرار الخاص بكوفيد-19

تشترط وزارتا الصحة والعمل والصناعة في واشنطن من المنطق التعليمي فحص جميع الطلاب لتحديد إذا كان الطلاب مصابا بكوفيد-19 أو خالط أحد الأشخاص المعرضين للإصابة به أم لا.

اسم الطالب	التاريخ
المدرسة	الفضاء / المعلم

في خلال آخر 24 ساعة عاين طالبك من أي من الأعراض التالية:

- مقي صتل إلى 100.4 أو أعلى
- السعال
- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس
- قشعريرة
- التعب*
- ألم العظام أو آلام الجسم*
- الصداع*
- فقنا حاسة التذوق أو الشم
- التهاب الحلق*
- الاحتقان أو الرشح*
- الغثيان أو القيء*
- الاسهال*
- علامات أخى لمرض جديد غير مرتبطة بمشكلة صقيدي تُعاين منه بالفع (مثل الحساسية الموسمية)

معرض قصير العمد إذا كان لدى الطالب واحد فقط من هذه الأعراض وبدأت الأعراض واختفى في أقل من 24 ساعة. يمكنك هنا تعرض معرفي لكوفيد-19 (اتصال وثيق). يمكن للطالب لفة إلى المدرسة في ولم التي إذا لم تحل الأعول قصيرة المدى. يلزم إجراء اختبار كوفيد-19.

نعم _____ لا _____

1. هل خالط ذلك أي شخص لديه إصفا مؤكدة بكوفيد-19 وتعني المخلة أن تكون على عبة هدام (2 متر) مثل شخص المصاب لعد 15 دقيقة أو أكثر. يشمل الاتطيا الوثيق؛ كنت على عبة هدام من شخص مصابا بكوفيد-19 لعد إجمالي 15 دقيقة أكثر خلال لفة 24 ساعة أو كنت شعور في سف الملقر مشخص مصابا بكوفيد-19 أو اعتنى بشخص مصابا بكوفيد-19 أو لامس بشكل مباشر اللعاب أو غيره من إفرازات الجسم من شخص مصابا بكوفيد-19.

2. هل يعاني أي شخصي عائلتك من أعراض تشبه أعراض كوفيد-19 وأل هل يتم اختبار أي شخص في أسرتك للكشف عن إصابته بمرض كوفيد-19.

3. هل خضع طالبك لاختبار كوفيد-19 وتك نتيج إيجابي خلال رذ 10 أيام

4. في غضون رذ 14 يومهل لط حد العاطليفي مجال لحة العة أو أحد الأطباء طالبك أن يقب أو زلي فسه أو دجل في حجذاتي ببب الخوف من احتيملا إصبتك بكوفيد-19

إذا أجب بنعم على أي من هذه الأسئلة، فإد في الملقر واتطد بمدرستك.

نعم _____ لا _____

إذا أجب بنعم على أي من الأسئلة أعلاه لة تُضر طفلك إلى المدرسة وتتد سياسة الحضور.

قلأ بأن الردو المتطقة بطفي المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة على حد علمي.

توقيع الوالد/ الوالي الهاتف أثناء ساعنا نهار التاريخ