

ORLAND SCHOOL DISTRICT 135

COVID-19 CERTYFIKACJA BEZOBJAWOWA

Podpisując ten formularz, oświadczam, że moje dziecko może bezpiecznie chodzić do szkoły i NIE ma żadnych

COVID-19 objawów:

- Temperatura 100.4°
- Ból gardła
- Nowy niekontrolowany kaszel, który powoduje trudności w oddychaniu (dla uczniów z przewlekłym kaszlem alergicznym / astmatycznym, zmiana kaszlu w stosunku do sytuacji początkowej)
- Rozwolnienie, wymioty, lub ból brzucha
- **Silny ból głowy**, szczególnie z gorączką

Bliski kontakt/Potencjalne narażenie:

- Nie miał bliskiego kontaktu (w promieniu 6 stóp od zakażonej osoby przez co najmniej 15 minut) z osobą zarażoną COVID-19
- Nie podróżował do obszaru, w którym lokalny lub stanowy wydział zdrowia zgłasza dużą liczbę COVID-19 przypadków Lokalizacja: _____

IMIE STUDENTA: _____

PODPIS OPIEKUNA: _____

DATA: _____

7/23

ORLAND SCHOOL DISTRICT 135

COVID-19 CERTYFIKACJA BEZOBJAWOWA

Podpisując ten formularz, oświadczam, że moje dziecko może bezpiecznie chodzić do szkoły i NIE ma żadnych

COVID-19 objawów:

- Temperatura 100.4°
- Ból gardła
- Nowy niekontrolowany kaszel, który powoduje trudności w oddychaniu (dla uczniów z przewlekłym kaszlem alergicznym / astmatycznym, zmiana kaszlu w stosunku do sytuacji początkowej)
- Rozwolnienie, wymioty, lub ból brzucha
- **Silny ból głowy**, szczególnie z gorączką

Bliski kontakt/Potencjalne narażenie:

- Nie miał bliskiego kontaktu (w promieniu 6 stóp od zakażonej osoby przez co najmniej 15 minut) z osobą zarażoną COVID-19
- Nie podróżował do obszaru, w którym lokalny lub stanowy wydział zdrowia zgłasza dużą liczbę COVID-19 przypadków Lokalizacja: _____

IMIE STUDENTA: _____

PODPIS OPIEKUNA: _____

DATA: _____

7/23

ORLAND SCHOOL DISTRICT 135

COVID-19 CERTYFIKACJA BEZOBJAWOWA

Podpisując ten formularz, oświadczam, że moje dziecko może bezpiecznie chodzić do szkoły i NIE ma żadnych

COVID-19 objawów:

- Temperatura 100.4°
- Ból gardła
- Nowy niekontrolowany kaszel, który powoduje trudności w oddychaniu (dla uczniów z przewlekłym kaszlem alergicznym / astmatycznym, zmiana kaszlu w stosunku do sytuacji początkowej)
- Rozwolnienie, wymioty, lub ból brzucha
- **Silny ból głowy**, szczególnie z gorączką

Bliski kontakt/Potencjalne narażenie:

- Nie miał bliskiego kontaktu (w promieniu 6 stóp od zakażonej osoby przez co najmniej 15 minut) z osobą zarażoną COVID-19
- Nie podróżował do obszaru, w którym lokalny lub stanowy wydział zdrowia zgłasza dużą liczbę COVID-19 przypadków Lokalizacja: _____

IMIE STUDENTA: _____

PODPIS OPIEKUNA: _____

DATA: _____

7/23

ORLAND SCHOOL DISTRICT 135

COVID-19 CERTYFIKACJA BEZOBJAWOWA

Podpisując ten formularz, oświadczam, że moje dziecko może bezpiecznie chodzić do szkoły i NIE ma żadnych

COVID-19 objawów:

- Temperatura 100.4°
- Ból gardła
- Nowy niekontrolowany kaszel, który powoduje trudności w oddychaniu (dla uczniów z przewlekłym kaszlem alergicznym / astmatycznym, zmiana kaszlu w stosunku do sytuacji początkowej)
- Rozwolnienie, wymioty, lub ból brzucha
- **Silny ból głowy**, szczególnie z gorączką

Bliski kontakt/Potencjalne narażenie:

- Nie miał bliskiego kontaktu (w promieniu 6 stóp od zakażonej osoby przez co najmniej 15 minut) z osobą zarażoną COVID-19
- Nie podróżował do obszaru, w którym lokalny lub stanowy wydział zdrowia zgłasza dużą liczbę COVID-19 przypadków Lokalizacja: _____

IMIE STUDENTA: _____

PODPIS OPIEKUNA: _____

DATA: _____

7/23