

منطقة مدارس اورلاند ١٣٥
شهادة انك خالي من أعراض كوفيد-١٩

بالتوقيع على هذا النموذج ، اشهد ان طفلي سليم للذهاب الى المدرسة وليس لديه أي من الأعراض التالية
أعراض كوفيد-١٩ :

- درجة الحرارة ١٠٤
- التهاب الحلق
- سعال جديد غير منضبط يسبب صعوبة في التنفس (للطلاب الذين يعانون من سعال حساسية/ ربو مزمن، تغير في سعالهم من خط الأساس)
- الإسهال والقيء وآلام البطن
- بداية جديدة للصداع، خاصة مع الحمى

الإقتراب من الأشخاص/ التعرض المحتمل:

- لم يكن على اتصال وثيق (في نطاق ستة أقدام من شخص مصاب لمدة ١٥ دقيقة على الأقل) من شخص مؤكد انه مصاب ب كوفيد ١٩
- لم يسافر الى منطقة تبلغ فيها ادارة الصحة المحلية او التابعة للولاية عن عدد كبير من حالات كوفيد -١٩
- موقع: _____

اسم الطالب: _____
توقيع ولي الأمر: _____
التاريخ: _____

7/23

منطقة مدارس اورلاند ١٣٥
شهادة انك خالي من أعراض كوفيد-١٩

بالتوقيع على هذا النموذج ، اشهد ان طفلي سليم للذهاب الى المدرسة وليس لديه أي من الأعراض التالية
أعراض كوفيد-١٩ :

- درجة الحرارة ١٠٤
- التهاب الحلق
- سعال جديد غير منضبط يسبب صعوبة في التنفس (للطلاب الذين يعانون من سعال حساسية/ ربو مزمن، تغير في سعالهم من خط الأساس)
- الإسهال والقيء وآلام البطن
- بداية جديدة للصداع، خاصة مع الحمى

الإقتراب من الأشخاص/ التعرض المحتمل:

- لم يكن على اتصال وثيق (في نطاق ستة أقدام من شخص مصاب لمدة ١٥ دقيقة على الأقل) من شخص مؤكد انه مصاب ب كوفيد ١٩
- لم يسافر الى منطقة تبلغ فيها ادارة الصحة المحلية او التابعة للولاية عن عدد كبير من حالات كوفيد -١٩
- موقع: _____

اسم الطالب: _____
توقيع ولي الأمر: _____
التاريخ: _____

منطقة مدارس اورلاند ١٣٥
شهادة انك خالي من أعراض كوفيد-١٩

بالتوقيع على هذا النموذج ، اشهد ان طفلي سليم للذهاب الى المدرسة وليس لديه أي من الأعراض التالية
أعراض كوفيد-١٩ :

- درجة الحرارة ١٠٤
- التهاب الحلق
- سعال جديد غير منضبط يسبب صعوبة في التنفس (للطلاب الذين يعانون من سعال حساسية/ ربو مزمن، تغير في سعالهم من خط الأساس)
- الإسهال والقيء وآلام البطن
- بداية جديدة للصداع، خاصة مع الحمى

الإقتراب من الأشخاص/ التعرض المحتمل:

- لم يكن على اتصال وثيق (في نطاق ستة أقدام من شخص مصاب لمدة ١٥ دقيقة على الأقل) من شخص مؤكد انه مصاب ب كوفيد ١٩
- لم يسافر الى منطقة تبلغ فيها ادارة الصحة المحلية او التابعة للولاية عن عدد كبير من حالات كوفيد -١٩
- موقع: _____

اسم الطالب: _____
توقيع ولي الأمر: _____
التاريخ: _____

ORLAND SCHOOL DISTRICT 135

COVID-19 SYMPTOM FREE CERTIFICATION

By signing this form, I certify that my child is safe to attend school and does NOT have any of the following

COVID-19 symptoms:

- Temperature 100.4°
- Sore throat
- **New** uncontrolled cough that causes difficulty breathing (for students with chronic allergic/asthmatic cough, a change in their cough from baseline)
- Diarrhea, vomiting, or abdominal pain
- **New** onset of severe headache, especially with a fever

Close contact/Potential Exposure:

- Has not had close contact (within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes) with a person with confirmed COVID-19
- Has not traveled to an area where the local or state health department is reporting large numbers of COVID-19 cases Location: _____

STUDENT NAME: _____

GUARDIAN SIGNATURE: _____

DATE: _____

7/23

ORLAND SCHOOL DISTRICT 135

COVID-19 SYMPTOM FREE CERTIFICATION

By signing this form, I certify that my child is safe to attend school and does NOT have any of the following

COVID-19 symptoms:

- Temperature 100.4°
- Sore throat
- **New** uncontrolled cough that causes difficulty breathing (for students with chronic allergic/asthmatic cough, a change in their cough from baseline)
- Diarrhea, vomiting, or abdominal pain
- **New** onset of severe headache, especially with a fever

Close contact/Potential Exposure:

- Has not had close contact (within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes) with a person with confirmed COVID-19
- Has not traveled to an area where the local or state health department is reporting large numbers of COVID-19 cases Location: _____

STUDENT NAME: _____

GUARDIAN SIGNATURE: _____

DATE: _____

7/23