



# Аттестация COVID-19 и Соглашение на Проведение Ежедневных Проверок

*Для поддержания здоровья, безопасности и благополучия всех учащихся и сотрудников, а также для соблюдения требований Отдела Здравоохранения ГорОНО г. Паско требует, чтобы родители и опекуны заполняли это свидетельство и соглашение о COVID-19 перед началом каждого триместра.*

Как родитель/опекун учащегося (учащихся), указанного (указанных) в этой форме, я подтверждаю и соглашаюсь с тем, что буду проводить или обеспечу проведение следующего медицинского осмотра моего ребенка(детей) каждый день до его/ее отбытия в школу на автомобиле или школьном автобусе, или до участия в каких-либо школьных мероприятиях, проводимых на территории школ ГорОНО г. Паско или за ее пределами.

Отправляя ребенка в школу, Вы подтверждаете, что ответ на каждый вопрос отрицательный: НЕТ. Если Вы отвечаете положительно, «Да», на любой из приведенных ниже вопросов, то Вы соглашаетесь не отпускать своего ребенка в школу и сразу же сообщать его/ее школе причину отсутствия, и факт того, что ребенок не прошел проверку здоровья.

1. Ожидает ли ребенок в настоящее время результат теста на COVID-19?
2. Был ли у ребенка положительный результат на COVID-19 в течение последних 10 дней?
3. В течение последних 14 дней находился ли ребенок в тесном контакте (в пределах 6 футов от инфицированного человека в общей сложности 15 минут или более в течение 24 часов) с кем-либо с подтвержденным или подозреваемым случаем COVID-19?
4. Посоветовал ли медицинский работник ребенку в течение последних 14 дней изолироваться или находиться на карантине?
5. (Начиная с ноября 2020 г.) Испытывал ли ребенок с момента последнего посещения школы один из следующих симптомов:
  - a. Температура выше 100,4 градуса?
  - b. Кашель или затрудненное дыхание?
  - c. Потеря вкуса или обоняния?
  - d. Головная боль, мышечные боли или боли в теле?
  - e. Усталость?
  - f. Больное горло?
  - g. Насморк или заложенность носа?
  - h. Тошнота, рвота или диарея(понос)?

Я понимаю, что если я отправлю своего ребенка в школу с какими-либо симптомами COVID-19 или у него/нее появятся такие симптомы в школе, то он/она будет немедленно изолирован(а), а его/ее родитель/опекун будет уведомлен, и учащегося нужно будет немедленно забрать домой, а родитель или опекун должен будет держать связь с школьной медсестрой до тех пор, когда его/ее ребенку не будет дано разрешение вернуться в школу. Я предоставлю школе свой рабочий номер телефона и все контакты для экстренных ситуаций на случай, если моего ребенка нужно будет забрать из школы. Я понимаю, что рекомендации Отдела Здравоохранения по COVID-19 могут меняться и обновляться по мере получения новой информации ГорОНО г. Паско.

Имя Учащегося(Учащихся)    Дата Рождения    Класс    Преподаватель    Номер Студ. Удостоверения

---

---

---

Подпись Родителя/Опекуна    Телефон для Связи Днем    Имя Контактных на Экстренный Случай/Телефон

---