

**Baldwinsville**

Central School District

Achieving our full potential together.

## Анкета для проверки состояния здоровья учеников НА COVID-19

Фамилия, имя ученика: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_ Учитель: \_\_\_\_\_

Дата посещения школы: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/>	Был ли у вашего ребенка положительный результат теста на COVID-19 за последние 10 дней?
<input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/>	За последние 14 дней был ли ваш ребенок признан местным отделом здравоохранения контактным лицом человека, у которого положительный результат теста на COVID-19?
<input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/>	За последние 14 дней бывал ли ваш ребенок за границей, в другом штате либо на территории, которые находятся в списке не рекомендованных для посещения штатом Нью-Йорк?
<input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Нет  <input type="checkbox"/>	Есть ли у вашего ребенка в настоящее время (или за последние 10 дней) один или несколько из этих новых или усугубляющихся симптомов COVID-19?  <i>Температура выше 100,0 градусов по Фаренгейту (37.8 C).          Ощущение жара или озноба          Кашель          Потеря вкуса или обоняния          Ощущение слабости или усталости          Боль в горле          Одышка или затрудненное дыхание          Тошнота, рвота, диарея          Боль в мышцах или ломота в теле          Головная боль          Заложенность носа / насморк</i>
<b>Температура</b>  <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; margin-right: 5px;"></div> <span style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">°F</span> </div>		

**Если вы ответили «ДА» на любой из вышеперечисленных вопросов, вашему ребенку не разрешается посещать школу. Если у вашего ребенка появятся какие-либо симптомы COVID-19 во время пребывания в школе или во время поездки в школу, вам немедленно сообщат об этом, и вам нужно будет забрать ребенка. В любом случае, перед возвращением ребенка в школу необходимо получить справку от вашего поставщика медицинских услуг.**

Родитель/опекун Фамилия, имя (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ): \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Контактный телефон в учебное время: \_\_\_\_\_

Version dated/updated 10/2/2020