

**Baldwinsville**

Central School District

Achieving our full potential together.

Анкета для перевірки стану здоров'я учнів НА COVID-19

Прізвище, ім'я учня: _____ Клас: _____ Вчитель: _____

Дата відвідання школи: _____

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Чи був у вашої дитини позитивний результат тесту на COVID-19 за останні 10 днів?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	За останні 14 днів чи була ваша дитина визнана місцевим відділом охорони здоров'я контактною особою людини, у якої позитивний результат тесту на COVID-19?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	За останні 14 днів чи була ваша дитина за кордоном, в іншому штаті або на території, які знаходяться в списку не рекомендованих для відвідування штатом Нью-Йорк?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	Чи є у вашої дитини в даний час (або за останні 10 днів) один або декілька з цих симптомів COVID-19 (нових або таких, що посилюються)?
Температура _____ °F		
		<i>Температура вище 100,0 градусів за Фаренгейтом (37,8 С). Відчуття жару або ознобу Кашель Втрата смаку або нюху Відчуття слабкості або втоми Біль в горлі Задишка або утруднене дихання Нудота, блювота, діарея Біль у м'язах або ломота в тілі Головний біль Закладеність носа / нежить</i>

Якщо ви відповіли «ТАК» на будь-яке із перерахованих вище питань, вашій дитині забороняється відвідувати школу. Якщо у вашої дитини з'являться будь-які симптоми COVID-19 під час перебування в школі або під час поїздки в школу, вам негайно повідомлять про це, і вам потрібно буде забрати дитину. У будь-якому випадку, перед поверненням дитини в школу необхідно отримати довідку від вашого постачальника медичних послуг.

Батько (мати) / опікун Прізвище, ім'я (друкованими літерами): _____

Підпис: _____ Дата: _____

Контактний телефон в учбовий час: _____