



WEST SHORE SCHOOL DISTRICT

طلب إثبات لعودة الطالب الذي كان قريباً من مصاب الى المدرسة

يتم استكمالها عن طريق الأهل/ الوصي للطالب الخالي من الاعراض والذي سبق ان كان على إتصال مع شخص مصاب. يجب ان تُسلم الى ممرضة المدرسة قبل عودة الطالب الى المدرسة.

لقب الطالب الإسم الأول للطالب الصف

الخيار A (ينصح به 14 يوماً)

انا، _____ (اهل/ وصي)، أقر بالآتي:

- مضى على الاقل اربعة عشر (14) يوماً منذ اخر يوم للاتصال مع شخص مصاب.

الخيار B (10 أيام):

انا، _____ (اهل/ وصي)، أقر بالآتي:

- مضى على الاقل عشرة (10) أيام منذ اخر يوم للاتصال مع شخص مصاب.
- الشخص الذي كان على اتصال قريب من الطالب لم تكن نتائجه ايجابيه للشكل المتحور الجديد من الفيروس B.1.1.7.
- لم يحصل الطالب على نتيجة ايجابية في فحص الكوفيد -19 خلال فترة الحجر الصحي.
- لم تظهر على الطالب سابقاً او حالياً اعراض الكوفيد -19 خلال الفحص اليومي،

الاعراض: الحمى، البرد، السعال، الم الحلق، قصر التنفس، صعوبة في التنفس، الشعور بالتعب والارهاق عكس المعتاد، فقدان حاسة الشم او اختلاف في الشم، اختلاف في طعم الاشياء، ألم في العضلات، صداع، سيلان من الانف او احتقان، إسهال، غثيان او تقيئ، وإرهاق.

الخيار B (بعد نتيجة الفحص السلبي للكوفيد -19):

انا، _____ (اهل/ وصي)، أقر بالآتي:

- مضت على الاقل سبعة (7) ايام منذ اخر يوم للتواصل عن قرب مع مصاب.
- حصل الطالب على نتيجة فحص سلبية للكوفيد -19 بعد اليوم 5 من الحجر الصحي. تم الفحص في _____ (تاريخ الفحص)
- لم تظهر على الطالب سابقاً او حالياً اعراض الكوفيد -19 خلال الفحص اليومي،

التاريخ: _____

توقيع الاهل/ الوصي: _____