



WEST SHORE SCHOOL DISTRICT

طلب إثبات لعودة الطالب الذي كانت نتيجة فحصه ايجابية/ امكانية ان يكون ايجابي
يتم استكمالها عن طريق الأهل/ الوصي الطالب و تُسلم الى ممرضة المدرسة قبل عودة الطالب الى المدرسة.

لقب الطالب الإسم الأول للطالب الصف

الإثبات:

- انا، _____ (اهل/ وصي)، أقر بالآتي:
- مضت على الاقل عشرة (10) ايام منذ ان حصل الطالب اسفله على نتيجة ايجابية في فحص الكوفيد -19 او كان يعتبر شخص من الممكن ان يكون حاملا للفيروس، و
تاريخ النتيجة الايجابية: _____
التاريخ الذي أعتبر انه من الممكن ان يكون مصاب: _____
 - لم ترتفع حرارة الطالب على الاقل لمدة اربع وعشرين (24) ساعة بدون ان يأخذ ادوية خافضة للحرارة خلال ذلك الوقت، وكان
تاريخ اخر ارتفاع للحرارة بقياس 100.4 او اكثر هو _____
 - تحسنت اعراض الطالب ان وُجدت.
تاريخ تحسن الاعراض ان وُجدت: _____
 - هيئة الصحة في بنسلفانيا لم تحجر على الطالب، او ان مقدم الخدمة الصحية لم ينصح بالحجر لأكثر من 10 ايام.

توقيع الأهل/ الوصي: _____ التاريخ: _____