



## WEST SHORE SCHOOL DISTRICT

### طلب إثبات لعودة الطالب الذي لديه اعراض للمدرسة

يتم استكمالها من الاهل/ الوصي للطالب الذي أرسل للبيت من المدرسة وكانت لديه اعراض.  
يجب ان تُسلم الى ممرضة المدرسة قبل عودة الطفل للمدرسة

الصف \_\_\_\_\_ الاسم الاول للطالب \_\_\_\_\_ لقب الطالب \_\_\_\_\_

#### الخيار A:

انا، \_\_\_\_\_ (اهل/ وصي)، أقر بالآتي:

- على الاقل عشرة (10) ايام مضت منذ بداية اعراض الطالب، وكان تاريخ بداية الاعراض \_\_\_\_\_
- 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، اذا وُجدت، تاريخ تحسن الاعراض ان وجدت \_\_\_\_\_
- هيئة الصحة في بنسلفانيا لم تحجر على الطالب، او ان مقدم الخدمة الصحية لم ينصح بالحجر لأكثر من 10 أيام.
- لا يسكن/ يعيش الطالب مع شخص كانت نتيجة فحصه ايجابية للكوفيد -19.

#### الخيار B:

انا، \_\_\_\_\_ (اهل/ وصي)، أقر بالآتي:

- أكد مقدم الخدمة الطبية للطالب انه/ انها خالي من الكوفيد -19 وسمح له/ لها بالعودة للمدرسة (أرفق رسالة الطبيب)، و
- لا يسكن/ يعيش الطالب مع شخص كانت نتيجته لفحص الكوفيد - 19 ايجابية.

توقيع الأهل/ الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_