



Students First

Inspire, Educate, Celebrate

COVID-19 School Health Screening Agreement Instructions for Parents and/or Guardians

For the health and safety of our students, the local public health department requires students to be screened for symptoms of COVID-19 before entering the school building. The local public health department and CDC do not recommend that on site screening be conducted by schools due to the time and interruption to education this would cause. You must complete the steps of the student screening, described above and below, prior to sending your child to school, school activities, or sports. Your completion of this form affirms your understanding and agreement to perform daily symptom screenings for your child.

By signing this form, I am committing to using the Student Screening Tool to screen my child daily for the 2020-2021 school year, unless otherwise directed. I will also ensure that I and any visitors with me will wear face coverings whenever required to do so. I also understand that it is my responsibility to call STEM Middle School as soon as possible to let them know if my child is not going to school due to potential COVID-19 symptoms.

I commit to screening my child _____ for COVID-19 symptoms and exposure, and agree to follow the guidance as outlined on the screening tool.

Parent(s)/ Guardian(s) Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Parent or Guardian Signature: _____

Date: _____



الطلاب أولاً
أهم وعلم واحتفل

تعليمات اتفاقية فحص الصحة المدرسية لـ فيروس كورونا للأهل و / أو الأوصياء القانونيين

من أجل صحة وسلامة طلابنا ، تطلب إدارة الصحة العامة المحلية من الطلاب أن يتم فحصهم بحثاً عن أعراض فيروس كورونا قبل دخول مبنى المدرسة. لا توصي إدارة الصحة العامة المحلية ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) بإجراء فحص في الموقع من قبل المدارس نظراً لما يستغرق الأمر من وقت و انقطاع التعليم جراء ذلك. نطلب منك إكمال خطوات فحص الطالب أدناه ، قبل إرسال طفلك إلى المدرسة أو الأنشطة المدرسية أو الرياضة. يؤكد إكمال هذا النموذج فهمك وموافقتك على إجراء فحوصات يومية للكشف عن الأعراض لدى طفلك.

من خلال التوقيع على هذا النموذج ، ألتزم بفحص طفلي يومياً خلال العام الدراسي ٢٠٢٠ - ٢٠٢١ ، ما لم يوجه خلاف ذلك. أفهم أيضاً أنه من مسؤوليتي الاتصال بـ [المدرسة] في أقرب وقت ممكن لإعلامهم إذا كان طفلي لا يذهب إلى المدرسة بسبب أعراض محتملة لكوفيد -١٩ . ألتزم بفحص طفلي

للكشف عن أعراض أو التعرض لفيروس كوفيد - ١٩ و أوافق على إتباع
الإرشادات المحددة في دليل الفحص الصحي.

اسم الوالد (الوالدين) / الوصي (الأوصياء): _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

توقيع ولي الأمر أو الوصي: _____

التاريخ: _____