

Polska Szkoła im. Jana Brzechwy

Cotygodniowa Kontrola Symptomów COVID-19

Prosimy o cotygodniowe wypełnianie informacji i zwrot wraz z uczniem do szkoły. Twoje dziecko nie będzie mogło wejść do szkoły bez tego formularza.

Imię i nazwisko ucznia: _____

Klasa : _____

Sekcja 1: Objawy

Jeśli Twoje dziecko ma którykolwiek z poniższych objawów, oznacza to możliwą chorobę, która może zmniejszyć zdolność ucznia do uczenia się, a także narazić go na ryzyko przeniesienia choroby na innych. Sprawdź swoje dziecko pod kątem tych objawów:

	Temperatura 100,4 stopni Farenheita lub wyższa;
	Ból gardła;
	Nowy rodzaj kaszlu, który powoduje trudności w oddychaniu (dla uczniów z przewlekłym kaszlem alergicznym / astmatycznym, zmiana kaszlu);
	Biegunka, wymioty lub ból brzucha; i
	Silny ból głowy, szczególnie z gorączką.

Sekcja 2: Bliski kontakt / potencjalne narażenie

	Miał bliski kontakt (w promieniu 6 stóp od zakażonej osoby przez co najmniej 15 minut) z osobą, u której stwierdzono chorobę COVID-19;
	Miał bliski kontakt (w promieniu 6 stóp od zakażonej osoby przez co najmniej 15 minut) z osobą poddaną kwarantannie z możliwością narażenia na COVID-19; i
	Podróżował do obszaru, w którym lokalny lub stanowy wydział zdrowia zgłasza dużą liczbę przypadków COVID-19.

Podpis Rodzica / Opiekuna _____

Data _____/_____/_____

Jeśli zaznaczyłeś którekolwiek z pól, skontaktuj się ze szkołą, aby ustalić, czy Twoje dziecko może uczestniczyć w lekcjach.

Polska Szkoła im. Jana Brzechwy

Cotygodniowa Kontrola Symptomów COVID-19

Prosimy o cotygodniowe wypełnianie informacji i zwrot wraz z uczniem do szkoły. Twoje dziecko nie będzie mogło wejść do szkoły bez tego formularza.

Imię i nazwisko ucznia: _____

Klasa : _____

Sekcja 1: Objawy

Jeśli Twoje dziecko ma którykolwiek z poniższych objawów, oznacza to możliwą chorobę, która może zmniejszyć zdolność ucznia do uczenia się, a także narazić go na ryzyko przeniesienia choroby na innych. Sprawdź swoje dziecko pod kątem tych objawów:

	Temperatura 100,4 stopni Farenheita lub wyższa;
	Ból gardła;
	Nowy rodzaj kaszlu, który powoduje trudności w oddychaniu (dla uczniów z przewlekłym kaszlem alergicznym / astmatycznym, zmiana kaszlu);
	Biegunka, wymioty lub ból brzucha; i
	Silny ból głowy, szczególnie z gorączką.

Sekcja 2: Bliski kontakt / potencjalne narażenie

	Miał bliski kontakt (w promieniu 6 stóp od zakażonej osoby przez co najmniej 15 minut) z osobą, u której stwierdzono chorobę COVID-19;
	Miał bliski kontakt (w promieniu 6 stóp od zakażonej osoby przez co najmniej 15 minut) z osobą poddaną kwarantannie z możliwością narażenia na COVID-19; i
	Podróżował do obszaru, w którym lokalny lub stanowy wydział zdrowia zgłasza dużą liczbę przypadków COVID-19.

Podpis Rodzica / Opiekuna _____

Data _____/_____/_____

Jeśli zaznaczyłeś którekolwiek z pól, skontaktuj się ze szkołą, aby ustalić, czy Twoje dziecko może uczestniczyć w lekcjach.