مدارس ديكاتور العامة

التوعية من أجل النجاح

شهادة الأعراض

من خلال التوقيع على هذه البطاقة، أشهد بأنه لم يتم تشخيص إصابة أي شخص من أسرتي، بما في ذلك طفلي، بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

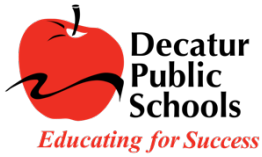
أقر بأنه لا يوجد أحد في منزلي، بما في ذلك طفلي، يعاني من أي من الأعراض التالية أو أي أعراض أخرى لفيروس كوفيد-19:

- حمى (درجة حرارة 100.4 أو أعلى / أو درجة حرارة منخفضة مستمرة) أو قشعريرة
- السعال أو التهاب الحلق
- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس
- الغثيان، القيء، الإسهال
- إعياء
- صداع الرأس
- فقدان حاسة التذوق أو الشم
- آلام العضلات / الجسم
- التعامل المباشر مع شخص تم تشخيص إصابته بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

التاريخ: _____

اسم الطالب: _____

توقيع ولي الأمر: _____



مدارس ديكاتور العامة

التوعية من أجل النجاح

شهادة الأعراض

من خلال التوقيع على هذه البطاقة، أشهد بأنه لم يتم تشخيص إصابة أي شخص من أسرتي، بما في ذلك طفلي، بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

أقر بأنه لا يوجد أحد في منزلي، بما في ذلك طفلي، يعاني من أي من الأعراض التالية أو أي أعراض أخرى لفيروس كوفيد-19:

- حمى (درجة حرارة 100.4 أو أعلى / أو درجة حرارة منخفضة مستمرة) أو قشعريرة
- السعال أو التهاب الحلق
- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس
- الغثيان، القيء، الإسهال
- إعياء
- صداع الرأس
- فقدان حاسة التذوق أو الشم
- آلام العضلات / الجسم
- التعامل المباشر مع شخص تم تشخيص إصابته بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

التاريخ: _____

اسم الطالب: _____

توقيع ولي الأمر: _____

مدارس ديكاتور العامة

التوعية من أجل النجاح

شهادة الأعراض

من خلال التوقيع على هذه البطاقة، أشهد بأنه لم يتم تشخيص إصابة أي شخص من أسرتي، بما في ذلك طفلي، بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

أقر بأنه لا يوجد أحد في منزلي، بما في ذلك طفلي، يعاني من أي من الأعراض التالية أو أي أعراض أخرى لفيروس كوفيد-19:

- حمى (درجة حرارة 100.4 أو أعلى / أو درجة حرارة منخفضة مستمرة) أو قشعريرة
- السعال أو التهاب الحلق
- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس
- الغثيان، القيء، الإسهال
- إعياء
- صداع الرأس
- فقدان حاسة التذوق أو الشم
- آلام العضلات / الجسم
- التعامل المباشر مع شخص تم تشخيص إصابته بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

التاريخ: _____

اسم الطالب: _____

توقيع ولي الأمر: _____

مدارس ديكاتور العامة

التوعية من أجل النجاح

شهادة الأعراض

من خلال التوقيع على هذه البطاقة، أشهد بأنه لم يتم تشخيص إصابة أي شخص من أسرتي، بما في ذلك طفلي، بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

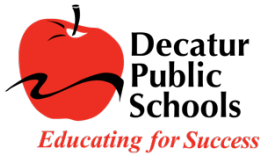
أقر بأنه لا يوجد أحد في منزلي، بما في ذلك طفلي، يعاني من أي من الأعراض التالية أو أي أعراض أخرى لفيروس كوفيد-19:

- حمى (درجة حرارة 100.4 أو أعلى / أو درجة حرارة منخفضة مستمرة) أو قشعريرة
- السعال أو التهاب الحلق
- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس
- الغثيان، القيء، الإسهال
- إعياء
- صداع الرأس
- فقدان حاسة التذوق أو الشم
- آلام العضلات / الجسم
- التعامل المباشر مع شخص تم تشخيص إصابته بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

التاريخ: _____

اسم الطالب: _____

توقيع ولي الأمر: _____



مدارس ديكاتور العامة

التوعية من أجل النجاح

شهادة الأعراض

من خلال التوقيع على هذه البطاقة، أشهد بأنه لم يتم تشخيص إصابة أي شخص من أسرتي، بما في ذلك طفلي، بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

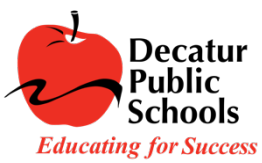
أقر بأنه لا يوجد أحد في منزلي، بما في ذلك طفلي، يعاني من أي من الأعراض التالية أو أي أعراض أخرى لفيروس كوفيد-19:

- حمى (درجة حرارة 100.4 أو أعلى / أو درجة حرارة منخفضة مستمرة) أو قشعريرة
- السعال أو التهاب الحلق
- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس
- الغثيان، القيء، الإسهال
- إعياء
- صداع الرأس
- فقدان حاسة التذوق أو الشم
- آلام العضلات / الجسم
- التعامل المباشر مع شخص تم تشخيص إصابته بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

التاريخ: _____

اسم الطالب: _____

توقيع ولي الأمر: _____



مدارس ديكاتور العامة

التوعية من أجل النجاح

شهادة الأعراض

من خلال التوقيع على هذه البطاقة، أشهد بأنه لم يتم تشخيص إصابة أي شخص من أسرتي، بما في ذلك طفلي، بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

أقر بأنه لا يوجد أحد في منزلي، بما في ذلك طفلي، يعاني من أي من الأعراض التالية أو أي أعراض أخرى لفيروس كوفيد-19:

- حمى (درجة حرارة 100.4 أو أعلى / أو درجة حرارة منخفضة مستمرة) أو قشعريرة
- السعال أو التهاب الحلق
- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس
- الغثيان، القيء، الإسهال
- إعياء
- صداع الرأس
- فقدان حاسة التذوق أو الشم
- آلام العضلات / الجسم
- التعامل المباشر مع شخص تم تشخيص إصابته بفيروس كوفيد-19 في آخر 14 يومًا.

التاريخ: _____

اسم الطالب: _____

توقيع ولي الأمر: _____