

Parents/Guardians of all ABSS students (Pre-K through 12) who will be on a school campus for in-person learning, or for specific athletic or extracurricular activities, must complete this required form per guidelines outlined by the North Carolina Department of Health and Human Services.

I will not send my child to school if he/she/they have had close contact (within 6 feet for at least 15 minutes) in the last 14 days with someone diagnosed with COVID-19, or if any health department or health care provider has been in contact with me/my child and advised quarantine.

I understand, and I will not send my child to school if he/she/they have been in close contact or advised to quarantine.

I will not send my child to school if he/she/they have any of the following symptoms: fever, chills, shortness of breath or difficulty breathing, new cough, new loss of taste or smell.

I understand, and I will not send my child to school if he/she/they have any of the symptoms listed above.

I will not send my child to school if he/she/they have been diagnosed with COVID-19, until they meet the return to school criteria outlined below.

I understand, and I will not send my child to school if they have been diagnosed with COVID-19 until he/she/they have met the return to school criteria outlined below.

A child can return to school when a family member can ensure that they can answer YES to ALL three questions:

- 1) Has it been at least 10 days since the child first had symptoms?
- 2) Has it has been at least 24 hours since the child had a fever (*without using fever reducing medicine*)?
- 3) Has there been symptom improvement, including cough and shortness of breath?

I understand that we must be able to answer YES to ALL three questions above before our child returns to school if they've been unable to attend due to COVID-19 precautions.

By signing below, I attest to the following:

1. I will screen my child every morning, every day, for the 2020-21 school year and will NOT send my child to school if the answer to any of the questions above is YES.
2. By sending my child to school on any given day, I certify that I have screened my child on that day and the answer to ALL of the questions above is NO.
3. If my child is diagnosed with COVID-19, I will not send my child back to school until they meet the criteria for return.

Your signature below indicates that you understand and agree to the information contained within the attestation form.

Parent/Guardian - Signature

Date

Phone

Student Name

School/Grade

The District reserves the right to discontinue the use of this form, to require the use of a different form, or to require in-person screening at any time.

In compliance with federal laws, the Alamance-Burlington School System administers all educational programs, employment activities and admissions without discrimination because of race, religion, national or ethnic origin, color, age, military service, disability, or gender, except where exemption is appropriate and allowed by law. Inquiries or complaints should be directed to: Mr. Emmet Alexander, Assistant Superintendent, School Administration, Alamance-Burlington School System, 1712 Vaughn Road, Burlington, NC 27217, (336) 570-6060.

Los padres/tutores de todos los estudiantes de ABSS (Pre-K al 12) que estarán en las instalaciones escolares para recibir enseñanza en persona, o para las actividades específicas de atletismo o extracurriculares, deberán completar este formulario que es requerido según las directrices descritas por la Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte.

No enviaré a mi hijo(a) a la escuela si él/ella ha estado en contacto cercano (dentro de los 6 pies durante al menos 15 minutos) en los últimos 14 días con alguien que fue diagnosticado con COVID-19, o si algún departamento de salud o proveedor de atención médica han puesto en contacto conmigo o con mi hijo(a) y me ha aconsejado la cuarentena.

Yo comprendo y no enviaré a mi hijo(a) a la escuela si él/ella/ o ellos han estado en contacto cercano o se les ha recomendado que se pongan en cuarentena.

No enviaré a mi hijo(a) a la escuela si él/ella/ o ellos tiene alguno de los siguientes síntomas: fiebre, escalofríos, falta de aliento o dificultad para respirar, tos nueva, pérdida nueva del gusto u olfato.

Yo comprendo, y no enviare a mi hijo(a) a la escuela si él/ella/ o ellos tienen algunos de los síntomas enlistados anteriormente.

No enviaré a mi hijo(a) a la escuela si ha sido diagnosticado(a) con COVID-19, hasta que cumpla con los criterios para regresar a la escuela que se describen a continuación.

Yo comprendo y no enviaré a mi hijo(a) a la escuela si ha sido diagnosticado(a) con COVID-19 hasta que haya cumplido con los criterios para regresar a la escuela que se describen a continuación.

El niño puede regresar a la escuela cuando un miembro de la familia puede asegurarse de que puede responder SÍ a TODAS las tres preguntas:

- 1) ¿Han pasado al menos 10 días desde que el niño(a) tuvo los primeros síntomas?
- 2) ¿Han pasado al menos 24 horas desde que el/la niño(a) tuvo fiebre (sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre)?
- 3) ¿Ha habido una mejoría de los síntomas, incluyendo la tos y la falta de aire?

Entiendo que debemos poder responder SÍ a TODAS las tres preguntas anteriores antes de que nuestro(a) hijo(a) regrese a la escuela si no ha podido asistir debido a las precauciones

Firmar a continuación, doy fe de lo siguiente:

1. Examinaré a mi hijo(a) todas las mañanas, todos los días, durante el año escolar 2020-21 y NO enviaré a mi hijo(a) a la escuela si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es SÍ.
2. Al enviar a mi hijo(a) a la escuela en cualquier día, certifico que he examinado a mi hijo(a) en ese día y la respuesta a TODAS las preguntas anteriores fue NO.
3. Si a mi hijo(a) se le diagnostica con COVID-19, no enviaré a mi hijo(a) de regreso a la escuela hasta que cumpla con los criterios para poder regresar.

Su firma a continuación indica que usted comprende y acepta la información contenida en el formulario de este testimonio.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Teléfono

Nombre del Estudiante

Escuela/Grado