

**Student Form** Name: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Month: \_\_\_\_\_

**Instructions:** Parents are asked to screen students prior to school. Please check symptoms, select Y=Yes, N-No, and record. If you answer yes to any of the below questions, you must stay at home. For weekends draw a line through the date. If you have any questions, please contact your school principal.

DATE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Initials																															
Exposure to COVID-19 in the past 10 days?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Are you feeling ill?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
Record temperature.																															
If >100.4 stay home, CDC recommends seeking medical care if you are experiencing high temp with any of the symptoms listed below:																															
*Cough																															
* Short of Breath																															
* Difficulty breathing																															
* Chills																															
* Fatigue																															
* Muscle ache	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
* Congestion/runny nose																															
* Sore throat	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
* Headache																															
* New loss of taste or smell																															
* Nausea																															
* Vomiting																															
* Diarrhea																															