**家长/监护人协议**

为了确保我的孩子和工作人员的健康与安全，如果我的孩子出现以下任一症状，我同意让他/她呆在家中：

|  |
| --- |
| **警惕以下所有COVID-19症状：** |
| * 发热 * 寒颤 * 肌肉或身体疼痛 * 头痛 * 咽喉痛 * 鼻塞或流鼻涕 * 疲劳 * 恶心/呕吐 * 腹泻 * 新发咳嗽或持续咳嗽 * 新发味觉或嗅觉丧失 * 呼吸困难 |

如果我的孩子出现任一上述COVID-19病症，我将不会送他/她回学校或营地，直到：

* + 我孩子的COVID检测呈阴性，或者健康情况足够良好可以返回学校或营地，**或**
  + 一名医疗保健提供者检查了我的孩子并出示了病症是由COVID以外的其他原因引起的证明，

**或**

* + 符合所有这些条件： 1)距离症状最初出现有至少10天了，且2)在停用退烧药后，不发烧有1天了，且3)症状正在好转。

如果我的孩子被确诊为COVID-19，我将不会送他/她回学校或营地，直到：

* + 距离我的孩子最初出现症状已有至少10天了，

**且**

* + 我的孩子在停用退烧药（例如： 泰诺、布洛芬）后，不发烧有1天了，

**且**

* + 我孩子的症状正在好转

如果我家中有人被确诊为COVID-19或者我的孩子接触了COVID-19的感染者，我将让他/她在家中呆10天。

如果我家中有人出现上表中的任一症状，我将会让其接受COVID-19检测。我将不会送孩子去学校，即使我的孩子在当天被安排进行校内检测。请在这里找到离您最近的检测站： <https://www.phila.gov/testing>。 如果此人检测呈阳性，我将让孩子在家呆10天。

孩子姓名：

家长/监护人姓名：

家长/监护人签字：

日期：