**Согласие родителя/опекуна**

В целях защиты детей и сотрудников нашего учреждения, я соглашаюсь с тем, что моему ребенку следует соблюдать карантин при появлении одного или нескольких из следующих симптомов.

|  |
| --- |
| **Отслеживайте ВСЕ указанные ниже симптомы** |
| * Жар
* Озноб
* Боли в мышцах или теле
* Головная боль
* Боль в горле
* Заложенность носа или насморк
* Усталость
* Тошнота/рвота
* Диарея
* Недавно появившийся или непрекращающийся кашель
* Недавно появившаяся потеря вкуса или запаха
* Затрудненное дыхание
 |

При появлении одного или нескольких симптомов COVID-19 у моего ребенка, я не отправлю ребенка в школу до выполнения следующих условий:

* + мой ребенок получил отрицательный результат теста на COVID и чувствует себя достаточно хорошо для посещения школы или лагеря; **ИЛИ**
	+ медицинский специалист осмотрел ребенка и официально подтвердил, что симптомы не связаны с COVID и имеют другую причину;

**ИЛИ**

* + выполнены все указанные ниже условия: 1) с момента появления симптомов прошло не менее 10 дней; И 2) температура тела находится в пределах нормы без применения жаропонижающих препаратов 1 день; И 3) симптомы облегчаются.

Если моему ребенку поставят диагноз COVID-19, я не отправлю ребенка в школу до выполнения следующих условий:

* + с момента появления первых симптомов прошло не менее 10 дней;

**И**

* + у моего ребенка нормальная температура без применения жаропонижающих препаратов (например, тайленола, ибупрофена) 1 день;

**И**

* + симптомы облегчаются.

Если кто-то из проживающих в нашем доме получит положительный тест на COVID-19 или если мой ребенок будет контактировать с заболевшим COVID-19, он будет соблюдать изоляцию в течение 10 дней.

Если у кого-либо из проживающих с нами проявится один или несколько симптомов, перечисленных в таблице выше, они сдадут тест на COVID-19. Я не отправлю своих детей в школу, даже если на этот день у них запланированы какие-либо контрольные работы или тесты. Чтобы выбрать ближайшее учреждение, где проводятся тесты на COVID-19, перейдите по ссылке: <https://www.phila.gov/testing>. Если результат теста будет положительным, мой ребенок будет соблюдать изоляцию в течение 10 дней.

Имя и фамилия ребенка:

Имя и фамилия родителя/опекуна:

Подпись родителя/опекуна:

Дата: