

استمارة تأكيد العودة إلى المدرسة

الرجاء وضع علامة في مربع واحد ويرجى ملء هذه الاستمارة للتأكيد على أن طفلك بصحة جيدة وبإمكانه العودة إلى المدرسة. إن توقيعك على هذه الاستمارة يعني بأنك متحقق/ متحققة من أن المعلومات صحيحة. يتعين إعادة الاستمارة بعد ملئها إلى مدير مدرسة طفلك. **يرجى أخذ العلم بأنه: يعود لكل مدرسة/ مجلس المدرسة قرار اختيار قبول هذه الاستمارة واستخدامها.**

اسم الطالب: _____

كان طفلي مريضاً:

- كانت نتيجة فحص كوفيد - 19 لطفلي سلبية وطرأ تحسن على أعراضه منذ أكثر من 24 ساعة.
- لم يخضع طفلي لفحص كوفيد -19- ولكنه استكمل 10 أيام في العزل الذاتي منذ ظهور الأعراض. لا يعاني طفلي من حمى (بدون أخذ دواء) وطرأ تحسن على أعراضه منذ أكثر من 24 ساعة.
- نتيجة فحص كوفيد -19- لطفلي إيجابية وقد استكمل 10 أيام في العزل الذاتي منذ ظهور الأعراض (أو منذ إجراء الفحص). لم يتم إدخال طفلي إلى المستشفى. ولا يعاني طفلي من حمى (بدون أخذ دواء) وأعراضه تتحسن.
- أكد مقدم الرعاية الصحية بأن طفلي لا يعاني من كوفيد - 19 وقد شخّص مرضه بأنه لا يتعلق بكوفيد - 19. وطرأ تحسن على أعراضه منذ أكثر من 24 ساعة. ولا يعاني طفلي من زكام أو عدوى تنفسية.

أحد أفراد عائلتي (مثل أحد الوالدين، الأشقاء) كان مريضاً بكوفيد - 19:

- كانت نتيجة فحص كوفيد لأحد أفراد عائلتي سلبية، ويمكن لطفلي (المبين اسمه أعلاه) العودة إلى المدرسة الآن.
- مقدم الرعاية الصحية أكد لأحد أفراد منزلي بأنه لا يعاني من كوفيد - 19 وشخّص مرضه بأنه لا يتعلق بكوفيد - 19، وقد طرأ على أعراضه تحسن منذ أكثر من 24 ساعة. وهو بصحة جيدة ولا يعاني من زكام أو مرض تنفسي. بإمكان طفلي (المبين اسمه أعلاه) العودة إلى المدرسة الآن.
- أحد أفراد منزلي لم يخضع لفحص كوفيد - 19، ولكن طفلي (المبين اسمه أعلاه) استكمل 14 يوماً في العزل الذاتي. طفلي بصحة جيدة ولا يعاني من أي أعراض.

مخالطة شخص كانت نتيجة فحصه لكوفيد - 19 إيجابية:

- خالط طفلي شخصاً كانت نتيجة فحصه لكوفيد - 19 إيجابية ولكنه استكمل 14 يوماً في العزل الذاتي. طفلي بصحة جيدة ولا يعاني من أي أعراض.
- أحد أفراد منزلي خالط شخصاً كانت نتيجة فحصه لكوفيد - 19 إيجابية. ولازم طفلي المنزل في العزل الذاتي لمدة 14 يوماً. إن طفلي وذلك الفرد في منزلي بصحة جيدة ولا يعانيان من أي أعراض.

السفر مؤخراً خارج كندا

عاد طفلي أو أحد أفراد عائلتي من السفر خارج كندا. ولازم طفلي المنزل لمدة 14 يوماً فترة الحجر الصحي بداعي السفر. إن طفلي وذلك الفرد من عائلتي بصحة جيدة ولا يعانين من أي أعراض.

تاريخ فحص كوفيد – 19 (لو ينطبق): _____ (اليوم/الشهر/السنة)

أصرح بأن طفلي بصحة جيدة وبإمكانه العودة إلى المدرسة.

اسم ولي الأمر/ الوصي: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____ (اليوم/الشهر/السنة)