

فرم تاییدیه - برگشت به مهدکودک/مدرسه

لطفا فقط یک کادر را علامت بزنید تا تایید کنید که فرزند شما قادر به برگشت به مهدکودک/مدرسه است. شما با امضای این فرم، تایید می‌کنید که اطلاعات درست است.

نام دانش‌آموز: _____

فرزند من بیمار بود:

نتیجه آزمایش COVID-19 فرزند من با استفاده از آزمایش PCR منفی شد و علائم آنها به مدت بیش از 24 ساعت (علائم تهوع، استفراغ و اسهال، به مدت بیش از 48 ساعت) بهبود یافته است. توجه: جواب آزمایش منفی کیت آزمایش آنتی ژن سریع کودک/دانش‌آموز را برای برگشت به مهدکودک/مدرسه واجد شرایط نمی‌کند.

☐

فرزند من آزمایش COVID-19 نداد، اما 10 روز از زمان شروع علائم، در ایزوله بود. فرزند من تب ندارد (بدون استفاده از دارو) و علائم آنها به مدت حداقل 24 ساعت (علائم تهوع، استفراغ و اسهال، به مدت بیش از 48 ساعت) بهبود یافته است.

☐

جواب آزمایش COVID-19 فرزند من به روش PCR مثبت شده است و او 10 روز از تاریخ شروع علائم (یا انجام آزمایش) در ایزوله بوده است. فرزند من بستری نشد. فرزند من تب ندارد (بدون استفاده از دارو) و علائم او در حال بهبودی است.

☐

یک تامین‌کننده خدمات درمانی تایید کرده است که فرزند من COVID-19 ندارد و بیماری را تشخیص داده است که به COVID-19 ربط ندارد. علائم آنها به مدت بیش از 24 ساعت (علائم تهوع، استفراغ و اسهال، به مدت بیش از 48 ساعت) بهبود یافته است.

☐

فرزند من به دلایل دیگری به مهدکودک/مدرسه نمی‌رفت. فرزند من بیمار نیست و علائم بیماری از جمله هیچ علائم تنفسی ندارد.

☐

فردی در خانواده من (مثل والدین، خواهر/برادر) بیمار بوده و علائم COVID-19 داشت:

جواب آزمایش COVID-19 عضو خانواده به روش PCR منفی شد و فرزند من (با نام فوق) اکنون می‌تواند به مدرسه برگردد.

☐

یک تامین‌کننده خدمات درمانی تایید کرد که عضو خانواده مبتلا به COVID-19 نیست و آنها بیماری دیگری را تشخیص دادند که با COVID-19 مرتبط نیست. علائم آنها به مدت بیش از 24 ساعت بهبود یافته است. فرزند من (با نام فوق) اکنون می‌تواند به مهدکودک/مدرسه برگردد.

☐

عضو خانواده آزمایش COVID-19 نداده است، اما فرزند من (با نام فوق) 10 روز در ایزوله بوده است. فرزند من خوب است و علائم ندارد.

☐

تماس نزدیک با فرد مبتلا به COVID-19:

فرزند من با فردی که جواب آزمایش COVID-19 او مثبت شده در تماس بوده است و 10 روز در قرنطینه بوده است.

☐

فرزند من با فردی که جواب آزمایش COVID-19 او مثبت شده در تماس بوده است. فرزند من واکسن کامل * دریافت کرده است. فرزند من خوب است و علائم ندارد. ☐

فرزند من با فردی که جواب آزمایش COVID-19 او مثبت شده در تماس بوده است. جواب آزمایش COVID-19 فرزند من در 90 روز اخیر مثبت شده است و بهداشت عمومی او را پاک اعلام کرده است. فرزند من خوب است و علائم ندارد. ☐

سفر اخیر به خارج از کانادا:

فرزند من از سفر خارج از کانادا برگشته است. فرزند من مدت قرنطینه سفر 14 روزی را در خانه بوده است و در صورت لزوم، آزمایش داده است. فرزند من خوب است و علائم ندارد. ☐

فرزند من از سفر خارج از کانادا برگشته است. فرزند من قبل از ورود به کانادا واکسن کامل * دریافت کرده و در صورت نیاز، آزمایش داده است. فرزند من خوب است و علائم ندارد. ☐

تاریخ آزمایش COVID-19 (در صورت اقتضا): _____ (روز/ماه/سال)

من اظهار می‌دارم که فرزند من خوب بوده و قادر به برگشت به مهدکودک/مدرسه است.

نام پدر/مادر/سرپرست: _____

امضا: _____ تاریخ: _____ (روز/ماه/سال)

* واکسینه کامل 14 روز یا بیش‌تر بعد از دریافت دوز دوم واکسن COVID-19 طبق تعریف وزارت بهداشت انتاریو است. فرم تکمیل شده را به اپراتور مهدکودک/کمپ روزانه یا مدیر مدرسه فرزند خود برگردانید. لطفا توجه داشته باشید: تصمیم‌گیری درباره قبول و استفاده از این فرم به عهده اپراتور/مدرسه/هیئت مدرسه است.