

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 N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
Are you feeling ill?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
Record temperature. If >100 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 * Congestion/runny nose * Sore throat * Headache * New loss of taste or smell * Nausea * Vomiting * Diarrhea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	