

**Daily Student Attestation Coupon**

Student Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\*\*Please check appropriate boxes below\*\***

In the past 24 hours, has your student experienced:

- |   |  |
|---|--|
| -A fever of 100.4 or above (or felt feverish) | - Chills                                     |
| -Loss of taste or smell                       | -Sore or scratchy throat                     |
| -Cough  | -Runny nose                                  |
| -Difficulty breathing                         | -Shaking or exaggerated shivering            |
| -Shortness of breath                          | -Significant muscle pain or body aches       |
| -Headache                                     | -Diarrhea (2 or more loose stools in 24 hrs) |
| -Fatigue                                      |  |

**YES (student must stay home, refer to Covid 19 guidance)**  
 **NO**

In the past 14 days, has your student:

- Been diagnosed with COVID-19 through a lab-confirmed test?
- Had close contact with a lab-confirmed COVID-19 case?

**YES (student must stay home, refer to Covid 19 guidance)**  
 **NO**

Parent Signature: \_\_\_\_\_

**Daily Student Attestation Coupon**

Student Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\*\*Please check appropriate boxes below\*\***

In the past 24 hours, has your student experienced:

- |   |  |
|---|--|
| -A fever of 100.4 or above (or felt feverish) | - Chills                                     |
| -Loss of taste or smell                       | -Sore or scratchy throat                     |
| -Cough  | -Runny nose                                  |
| -Difficulty breathing                         | -Shaking or exaggerated shivering            |
| -Shortness of breath                          | -Significant muscle pain or body aches       |
| -Headache                                     | -Diarrhea (2 or more loose stools in 24 hrs) |
| -Fatigue                                      |  |

**YES (student must stay home, refer to Covid 19 guidance)**  
 **NO**

In the past 14 days, has your student:

- Been diagnosed with COVID-19 through a lab-confirmed test?
- Had close contact with a lab-confirmed COVID-19 case?

**YES (student must stay home, refer to Covid 19 guidance)**  
 **NO**

Parent Signature: \_\_\_\_\_

### Cupón diario de certificación del estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*Marque las cajas correspondiente a continuación\*\***

En las últimas 24 horas, ¿su estudiante ha experimentado:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| -Fiebre de 100.4 o más                       | - Resfriado                         |
| -Pérdida de sabor o olfato                   | -Sore or scratchy throat            |
| -Tos   | -Nariz mucosa                       |
| -Dificultad para respirar                    | -Temblores o escalofríos exagerados |
| -Dolores musculares o corporales importantes | -Dolor de cabeza                    |
| -Diarrea                                     | -Fatiga                             |

SI (el estudiante debe quedarse en casa, consulte la guía de Covid 19)  
 NO

En los últimos 14 días, ¿su estudiante:

- Ha sido diagnosticado con COVID-19 a través de una prueba confirmada por laboratorio?
- Tuvo contacto cercano con un caso de COVID-19 confirmado por laboratorio?

SI (el estudiante debe quedarse en casa, consulte la guía de Covid 19)  
 NO

Firma del padre: \_\_\_\_\_

### Cupón diario de certificación del estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*Marque las cajas correspondiente a continuación\*\***

En las últimas 24 horas, ¿su estudiante ha experimentado:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| -Fiebre de 100.4 o más                       | - Resfriado                         |
| -Pérdida de sabor o olfato                   | -Sore or scratchy throat            |
| -Tos   | -Nariz mucosa                       |
| -Dificultad para respirar                    | -Temblores o escalofríos exagerados |
| -Dolores musculares o corporales importantes | -Dolor de cabeza                    |
| -Diarrea                                     | -Fatiga                             |

SI (el estudiante debe quedarse en casa, consulte la guía de Covid 19)  
 NO

En los últimos 14 días, ¿su estudiante:

- Ha sido diagnosticado con COVID-19 a través de una prueba confirmada por laboratorio?
- Tuvo contacto cercano con un caso de COVID-19 confirmado por laboratorio?

SI (el estudiante debe quedarse en casa, consulte la guía de Covid 19)  
 NO

Firma del padre: \_\_\_\_\_