Shelton School District
Student Health Attestation

1. Do you have any of these symptoms that are not associated with seasonal allergies?
    - Fever or chills
    - Cough
    - Shortness of breath or difficulty breathing
    - Fatigue
    - Muscle or body aches
    - Headache
    - Recent loss of taste or smell
    - Sore throat
    - Congestion
    - Nausea or vomiting
    - Diarrhea
2. Have you had contact in the past 14 days with anyone who has COVID-19 or COVID like symptoms?
3. Have you had a positive COVID-19 test result in the past 10 days or waiting for results of a COVID-19 test?
4. Have you been asked to monitor, isolate or quarantine due to concerns about COVID-19 infection?

By signing below, I am answering NO to all of the above statements for:

_____
Print Student Name

_____
Parent Signature Date

IF YOU ANSWER YES TO ANY OF THE FOLLOWING QUESTIONS, PLEASE DO NOT COME TO SCHOOL.

Distrito Escolar de Shelton
Certificación de Salud del Estudiante

1. ¿Tiene alguno de estos síntomas que no están asociados con las alergias estacionales?
    - Fiebre o escalofríos
    - Tos
    - Falta de respiración o dificultad para respirar
    - Fatiga
    - Dolores musculares o corporales
    - Dolor de cabeza
    - Pérdida reciente del gusto o el olfato
    - Dolor de garganta
    - Congestión
    - Náuseas o vómitos
    - Diarrea
2. ¿Ha estado en contacto con alguien en los últimos 14 días que tenga síntomas similares al COVID-19?
3. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 en los últimos 10 días o espera los resultados de una prueba de COVID-19?
4. ¿Se le ha pedido que se aísle o se ponga en cuarentena debido a preocupación sobre la infección por COVID-19?

Al firmar, mi respuesta es No a todas las declaraciones anteriores:

_____
Nombre del estudiante en letra de imprenta

_____
Firma del padre Fecha

SI RESPONDIÓ SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS POR FAVOR DE NO VENIR A LA ESCUELA.