

Agreement for Self-Assessment



By signing below, I hereby certify that I viewed and read the Daily Student Self-Assessment information.

I further certify that I will do a Daily Self-Assessment at home each morning on my student(s) before they come to school, and all answers will be “no” BEFORE reporting to school.

If any answers are “yes”, they will stay home, and I will call their school(s). They will not return to school until advised to by the school nurse or they are cleared by a doctor’s note.

If you have questions or concerns, please contact the school nurse or Wendy Swallow, RN - GCS Nurse Coordinator at 574 533-8651.

Parent/Guardian Signature _____

Printed Name _____

Date _____

Student Name(s) _____

Please provide contact information for parent/guardian and 2 other contacts who may be able to pick up your student as needed. It is of the utmost importance that students are picked up immediately if they have symptoms of Covid -19.

1. Parent phone _____ Work phone _____
2. Name _____ Phone _____
3. Name _____ Phone _____

Acuerdo de autoevaluación



Al firmar a continuación, certifico que vi y leí la información de Autoevaluación diaria del estudiante.

Además, certifico que le(s) haré una evaluación diaria, en casa, cada mañana, a mi(s) hija(s) e hijo(s) antes de que asista(n) a la escuela, y todas las respuestas tendrán que ser "No" ANTES de que se vaya(n) a la escuela.

Si alguna respuesta resultara "Sí", se quedará(n) en casa y llamaré a su(s) escuela(s). No regresará(n) a la escuela sino hasta que la enfermera escolar lo recomiende o si la receta del médico lo autoriza.

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con la enfermera escolar o con Wendy Swallow, RN - Coordinadora de enfermería de GCS al 574 533-8651.

Firma de la madre, del padre, tutora o tutor _____

Nombre (letra de molde) _____

Fecha _____

Nombre (s) del/de los(as) estudiante(s) _____

Proporcione la información de contacto de la madre, padre, tutora y/o tutor y otros 2 contactos que puedan recoger al/a la estudiante según sea necesario. Es de suma importancia que las/los recojan de inmediato si tienen síntomas de Covid-19.

1. Teléfono de los padres _____ Teléfono de trabajo _____

2. Nombre _____ Teléfono _____

3. Nombre _____ Teléfono _____