



**COVID-Free  
Symptom Certification**

By signing this card, I certify that my child has not been in close contact with a person with a confirmed positive case of COVID-19 within the past 14 days and **DOES NOT** have any of the following COVID-19 Symptoms:

Fever (100.4 or higher), new onset of moderate to severe headache, shortness of breath, new cough, sore throat, vomiting, diarrhea, abdominal pain from unknown cause, new congestion/runny nose, new loss of sense of taste or smell, nausea, fatigue from unknown cause, muscle or body aches.

Date: \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

Classroom Teacher: \_\_\_\_\_

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



**COVID-Free  
Symptom Certification**

By signing this card, I certify that my child has not been in close contact with a person with a confirmed positive case of COVID-19 within the past 14 days and **DOES NOT** have any of the following COVID-19 Symptoms:

Fever (100.4 or higher), new onset of moderate to severe headache, shortness of breath, new cough, sore throat, vomiting, diarrhea, abdominal pain from unknown cause, new congestion/runny nose, new loss of sense of taste or smell, nausea, fatigue from unknown cause, muscle or body aches.

Date: \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

Classroom Teacher: \_\_\_\_\_

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



**COVID-Free  
Symptom Certification**

By signing this card, I certify that my child has not been in close contact with a person with a confirmed positive case of COVID-19 within the past 14 days and **DOES NOT** have any of the following COVID-19 Symptoms:

Fever (100.4 or higher), new onset of moderate to severe headache, shortness of breath, new cough, sore throat, vomiting, diarrhea, abdominal pain from unknown cause, new congestion/runny nose, new loss of sense of taste or smell, nausea, fatigue from unknown cause, muscle or body aches.

Date: \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

Classroom Teacher: \_\_\_\_\_

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



**COVID-Free  
Symptom Certification**

By signing this card, I certify that my child has not been in close contact with a person with a confirmed positive case of COVID-19 within the past 14 days and **DOES NOT** have any of the following COVID-19 Symptoms:

Fever (100.4 or higher), new onset of moderate to severe headache, shortness of breath, new cough, sore throat, vomiting, diarrhea, abdominal pain from unknown cause, new congestion/runny nose, new loss of sense of taste or smell, nausea, fatigue from unknown cause, muscle or body aches.

Date: \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

Classroom Teacher: \_\_\_\_\_

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



### Certificación de No Presentar Síntomas de COVID

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante no ha estado en contacto cercano con una persona con un caso confirmado positivo del COVID-19 en los últimos 14 días ni **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza repentino moderado o fuerte, falta de aliento, tos repentino, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal repentina, pérdida repentina del sentido del gusto u olfato, náusea, fatiga de una causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Estudiante: \_\_\_\_\_  
Maestro de la clase: \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_



### Certificación de No Presentar Síntomas de COVID

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante no ha estado en contacto cercano con una persona con un caso confirmado positivo del COVID-19 en los últimos 14 días ni **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza repentino moderado o fuerte, falta de aliento, tos repentino, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal repentina, pérdida repentina del sentido del gusto u olfato, náusea, fatiga de una causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Estudiante: \_\_\_\_\_  
Maestro de la clase: \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_



### Certificación de No Presentar Síntomas de COVID

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante no ha estado en contacto cercano con una persona con un caso confirmado positivo del COVID-19 en los últimos 14 días ni **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza repentino moderado o fuerte, falta de aliento, tos repentino, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal repentina, pérdida repentina del sentido del gusto u olfato, náusea, fatiga de una causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Estudiante: \_\_\_\_\_  
Maestro de la clase: \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_



### Certificación de No Presentar Síntomas de COVID

Al firmar esta tarjeta, certifico que mi estudiante no ha estado en contacto cercano con una persona con un caso confirmado positivo del COVID-19 en los últimos 14 días ni **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza repentino moderado o fuerte, falta de aliento, tos repentino, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal repentina, pérdida repentina del sentido del gusto u olfato, náusea, fatiga de una causa desconocida, dolor de músculos o del cuerpo.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Estudiante: \_\_\_\_\_  
Maestro de la clase: \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_



### Certificat d'absence de symptômes

En signant cette carte, je certifie que mon enfant n'a pas été en contact étroit avec une personne avec un cas positif confirmé de COVID-19 au cours des 14 derniers jours within the past 14 days et ne présente aucun des symptômes suivants de COVID 19:

Fièvre (100,4 ou plus), nouvel apparition de maux de tête modérés à sévères, essoufflement, nouvelle toux, mal de gorge, vomissements, diarrhée, douleur abdominale de cause inconnue, nouvelle congestion / écoulement nasal, nouvelle perte du goût ou de l'odorat, nausées, fatigue de cause inconnue, courbatures ou courbatures.

Date: \_\_\_\_\_

Etudiant: \_\_\_\_\_

Professeur: \_\_\_\_\_

Signature des parents:

---



### Certificat d'absence de symptômes

En signant cette carte, je certifie que mon enfant n'a pas été en contact étroit avec une personne avec un cas positif confirmé de COVID-19 au cours des 14 derniers jours within the past 14 days et ne présente aucun des symptômes suivants de COVID 19:

Fièvre (100,4 ou plus), nouvel apparition de maux de tête modérés à sévères, essoufflement, nouvelle toux, mal de gorge, vomissements, diarrhée, douleur abdominale de cause inconnue, nouvelle congestion / écoulement nasal, nouvelle perte du goût ou de l'odorat, nausées, fatigue de cause inconnue, courbatures ou courbatures.

Date: \_\_\_\_\_

Etudiant: \_\_\_\_\_

Professeur: \_\_\_\_\_

Signature des parents:

---



### Certificat d'absence de symptômes

En signant cette carte, je certifie que mon enfant n'a pas été en contact étroit avec une personne avec un cas positif confirmé de COVID-19 au cours des 14 derniers jours within the past 14 days et ne présente aucun des symptômes suivants de COVID 19:

Fièvre (100,4 ou plus), nouvel apparition de maux de tête modérés à sévères, essoufflement, nouvelle toux, mal de gorge, vomissements, diarrhée, douleur abdominale de cause inconnue, nouvelle congestion / écoulement nasal, nouvelle perte du goût ou de l'odorat, nausées, fatigue de cause inconnue, courbatures ou courbatures.

Date: \_\_\_\_\_

Etudiant: \_\_\_\_\_

Professeur: \_\_\_\_\_

Signature des parents:

---



### Certificat d'absence de symptômes

En signant cette carte, je certifie que mon enfant n'a pas été en contact étroit avec une personne avec un cas positif confirmé de COVID-19 au cours des 14 derniers jours within the past 14 days et ne présente aucun des symptômes suivants de COVID 19:

Fièvre (100,4 ou plus), nouvel apparition de maux de tête modérés à sévères, essoufflement, nouvelle toux, mal de gorge, vomissements, diarrhée, douleur abdominale de cause inconnue, nouvelle congestion / écoulement nasal, nouvelle perte du goût ou de l'odorat, nausées, fatigue de cause inconnue, courbatures ou courbatures.

Date: \_\_\_\_\_

Etudiant: \_\_\_\_\_

Professeur: \_\_\_\_\_

Signature des parents:

---