



**COVID-Free  
Symptom Certification**

By signing this card, I certify that my child is safe to attend school 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 is safe to attend school 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 is safe to attend school 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 is safe to attend school 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 está saludable para asistir a la escuela y **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza moderado o fuerte, falta de aliento, tos seca, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal, pérdida 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 está saludable para asistir a la escuela y **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza moderado o fuerte, falta de aliento, tos seca, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal, pérdida 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 está saludable para asistir a la escuela y **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza moderado o fuerte, falta de aliento, tos seca, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal, pérdida 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 está saludable para asistir a la escuela y **NO TIENE ninguno** de los siguientes síntomas de COVID:

Fiebre (100.4 o más alta), dolor de cabeza moderado o fuerte, falta de aliento, tos seca, dolor de garganta, vómito, diarrea, dolor abdominal de causa desconocida, secreción nasal, pérdida 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: \_\_\_\_\_