



Students First

Inspire, Educate, Celebrate

Date/Time: _____

Name of Student: _____

School: _____

Initials of staff member assessing student: _____

Dear Parent or Guardian,

Your child is being sent home from school today since they have presented to the school office with symptoms listed on the student screening tool that may be suggestive of COVID-19. According to the health department guidelines, your child **requires a letter from his/her health care provider stating that the student is not contagious with an infectious disease and may return to school OR provide a negative PCR test result.** Please share this note with your child's health care provider. Your child was noted to have the following symptom(s):

Staff member to circle unusual symptoms displayed by student:

| | | | |
|--------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| ONE Symptom | Fever > 100.4 | TWO + Symptoms | Vomiting and/or diarrhea |
| | New or worsening cough | | Headache |
| | Shortness of breath | | Sore Throat |
| | Difficulty breathing | | Runny nose and/or congestion |
| | New loss of taste or smell | | Body aches and/or tiredness |

Please contact your child's health care provider for further guidance. Your child will not be allowed to return to school until the following Wayne County Health Department requirements are met.
Your child can return to school safely when....

School has received a letter from a medical provider (MD, PA, DO, NP) or the Wayne County Health Department stating that the student is not contagious with an infectious disease and may return to school. ***(If COVID-19 testing is recommended by your child's healthcare provider, Dearborn Public Schools only recognizes PCR nasal swab as diagnostic of COVID-19. Rapid test results will not be recognized.)***

OR

10 days since symptom onset
AND
24 hours fever-free without the use of fever-reducing medications
AND
Improvement in symptoms



Students First

Inspire, Educate, Celebrate

التاريخ \ الوقت: _____

اسم الطالب: _____

المدرسة: _____

الأحرف الأولى من اسم الموظف الذي قام بتقييم حالة الطالب: _____

أولياء الأمور \ الأوصياء الأعزاء،

تم إرسال طفلك إلى المنزل من المدرسة اليوم بعد أن حضر إلى مكتب المدرسة الرئيسي مظهرًا الأعراض الصحية المدرجة في وثيق إرشادات فحص الطلاب والتي قد توحى بالإصابة بكوفيد-19 . وفقًا لإرشادات مديرية الصحة ، فإن طفلك يحتاج بالفعل إلى تقرير طبي جادر عن مزود الخدمة الصحية الخاص بكم يفيد بأن الطالب ليس مصاباً بمرض معد ويمكنه العودة إلى المدرسة أو تقديم نتيجة اختبار PCR سلبية. يرجى مشاركة هذه الملاحظة مع مقدم الرعاية الصحية لطفلك. لوحظ أن طفلك يعاني من الأعراض التالية:

يجب على الموظف الإشارة إلى العرض البادي على الطالب:

| عرض جانبي واحد | عرضين جانبيين أو أكثر |
|-----------------------------------|--------------------------|
| درجة حرارة أعلى من 100.4 فهرنهايت | إقياء و \ أو إسهال |
| سعال حديث أو يزداد سوء | صداع والتهاب في الحلق |
| صعوبة في التنفس | تعب |
| قصر في النفس | سيلان أو احتقان في الأنف |
| فقدان حديث لحاسة الشم أو التذوق | آلام في الجسم |

يرجى الاتصال بمقدم الرعاية الصحية لطفلك للحصول على مزيد من الإرشادات. لن يُسمح لطفلك بالعودة إلى المدرسة حتى يتم استيفاء المتطلبات الصحية التالية المطلوبة من مديرية الصحة في مقاطعة واين.

يمكن لطفلك العودة إلى المدرسة بأمان عندما ...

تتلقى المدرسة خطابًا من أحد مقدمي الخدمات الطبية (MD ، PA ، DO ، NP) أو مديرية الصحة بمقاطعة واين تفيد بأن الطالب ليس معديًا بمرض معدي وقد يعود إلى المدرسة. (إذا أوصى مقدم الرعاية الصحية لطفلك بالقيام بفحص COVID-19 ، فإن مدارس ديربورن العامة تعترف فقط بنتيجة مسحة الأنف PCR كتشخيص لـ COVID-19. ولن يتم قبول نتائج الاختبار السريع.)

أو

مرور 10 أيام على ظهور الأعراض

و

مرور 24 ساعة بدون حمى دون استخدام الأدوية الخافضة للحرارة

و

تحسن في الأعراض