

**Declaración del Padre/tutor**

**Año escolar 2020-2021**

**Sistema escolar del condado de Randolph (RCSS)**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Doy fe de que no permitiré que mi hijo(a) embarque en un autobús del sistema escolar de RCSS o un autobús de actividades si alguna de las siguientes situaciones es cierta:**

1. Mi hijo(a) tuvo contacto cercano (dentro de 6 pies durante al menos 15 minutos) en los **últimos 14 días** con alguien diagnosticado con COVID-19, o cualquier departamento de salud o profesional de la salud ha estado en contacto conmigo y me ha recomendado ponerme en cuarentena.
2. Mi hijo(a) tiene alguno de los siguientes síntomas:
  - a. Fiebre
  - b. Escalofríos
  - c. Falta de aliento o dificultad para respirar
  - d. Nueva tos
  - e. Nueva pérdida del sentido de olfato o del gusto
3. Desde la última vez en la escuela, mi hijo(a) ha sido diagnosticado con COVID-19.

*Comuníquese con la escuela de su hijo(a) si tiene preguntas o inquietudes.*