

Родительские / Опекун школы Автобус Транспортное соглашение и Сертификат

Во время пандемии COVID-19 система государственных школ округа Уэйк обеспечит транспортировку учащихся, имеющих право на участие в хи-персоном обучении. В качестве условия использования транспорта, предоставляемого системой государственных школ округа Уэйк, вы соглашаетесь на следующее:

1. Я, _____, являюсь родителем/опекуном _____
(Распечатать Ваше имя) (Распечатать Имя студента)

и я хочу, чтобы мой ребенок пользования транспортом, предоставляемым Уэйк Каунти государственной школьной системы. Студенческий идентификационный номер моего студента: _____

2. Я буду проверять моего студента каждое утро, каждый день, на 2020-21 учебный год.

3. Я не разрешаю моему студенту ездить на автобусе или посещать школу лично в любой день, что любой из следующих верно:

- У них был диагностирован COVID-19;
- Они имели тесный контакт - в течение шести футов, по крайней мере 15 минут - в течение последних 14 дней с человеком с диагнозом COVID-19;
- Они или я были рекомендованы департаментом здравоохранения или поставщиком медицинских услуг на карантин;
- У них есть любой из следующих симптомов:
- Лихорадка (100,4 или выше) или озноб;
- Новый кашель;
- Одышка или затрудненное дыхание;
- Новая потеря вкуса или запаха.

4. Если в любой день, мой студент имеет какие-либо симптомы или условия, перечисленные выше, я сообщу школе моего студента и будет [следовать WCPSS Возвращение в школу руководящих принципов](#).

5. Мой студент будет носить лицо покрытие во все времена в то время как на автобусе и на автобусной остановке, держа его над носом и ртом.

6. Эта подписанная форма соглашения и проверки должна быть засвидетельствоваться в школе моего ученика, с тем чтобы использовать школьный транспорт на 2020-2021 учебный год. Мой студент не сможет сесть в автобус, пока эта форма не будет закрываться в их школе.

7. Подписав и представив эту форму, я засвидетельствую, что буду следить за своим учеником, и я не разрешаю моему ученику ездить на автобусе или посещать школу лично, если у него есть какие-либо из вышеперечисленных симптомов, и мой студент будет придерживаться руководящих принципов покрытия лица.

Подпись родителей/опекунов

Дата

Имя родителя/опекуна напечатано