



FAE SUMMER ACADEMY

DAILY HEALTHY TICKET ~ All boxes must be checked for school entry.

Student Name: _____

Parent/Guardian: _____

In the las 2 days: Has your child had any of the following COVID-19 symptoms:

- Fever (100.4 or higher) or chills
- Cough
- Difficulty breathing
- Recent loss of taste or smell
- Unusual tired
- Muscle or body aches
- Headache
- Sore throat
- Stuffy or runny nose
- Nausea or Vomiting
- Diarrhea or abdominal pain

YES NO

Has your child taken any fever-reducing medications before coming to school, like (Tylenol, Advil, Motrin, Ibuprofen, etc.)?

YES NO

Date: _____

Phone Number: _____

Is anyone in your household awaiting for COVID-19 test results or planning to get tested? _____ YES NO

Has your child been in close contact with anyone with confirmed COVID-19? _____ YES NO

Has your child had a positive COVID-19 test for active virus in the past 10 days? _____ YES NO

In the past 14 days, have you been told by a doctor or public health practitioner to self-monitor, isolate, or quarantine your child due to concerns about possible COVID-19 infection? _____ YES NO



If you answered YES to any of the questions:

Please keep all of your children home from school and child care today!

Please call FAE office to talk about the requirements for returning school. (360) 226-2228

If you answered NO to all the questions:

Please sign your health ticket and send it to school with each child. Don't forget your mask!



SIGNATURE _____

To be complete by FAE

Temperature _____ Screened by (Initials) _____



FAE SUMMER ACADEMY

DAILY HEALTHY TICKET ~ All boxes must be checked for school entry.

Student Name: _____

Parent/ Guardian: _____

In the las 2 days: Has your child had any of the following COVID-19 symptoms:

- Fever (100.4 or higher) or chills
- Cough
- Difficulty breathing
- Recent loss of taste or smell
- Unusual tired
- Muscle or body aches
- Headache
- Sore throat
- Stuffy or runny nose
- Nausea or Vomiting
- Diarrhea or abdominal pain

YES NO

Has your child taken any medicine to reduce fever before coming to school, like (Tylenol, Advil, Motrin, Ibuprofen, etc.)?

YES NO

Date: _____

Phone Number: _____

Is anyone in your household awaiting for COVID-19 test results or planning to get tested? _____ YES NO

Has your child been in close contact with anyone with confirmed COVID-19? _____ YES NO

Has your child had a positive COVID-19 test for active virus in the past 10 days? _____ YES NO

In the past 14 days, have you been told by a doctor or public health practitioner to self-monitor, isolate, or quarantine your child due to concerns about possible COVID-19 infection? _____ YES NO



If you answered YES to any of the questions:

Please keep all of your children home from school and child care today!

Please call FAE office to talk about the requirements for returning school. (360) 226-2228

If you answered NO to all the questions:

Please sign your health ticket and send it to school with each child. Don't forget your mask!



SIGNATURE _____

To be complete by FAE staff

Temperature _____ Screened by (Initials) _____



FAE SUMMER ACADEMY

BOLETO DIARIO SALUDABLE

Todas las casillas deben estar marcadas para poder ingresar a la escuela.

Nombre del estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre del Padre/Madre: _____

Numero de telefono: _____

En los últimos 2 días: ¿Ha tenido su hijo alguno de los siguientes síntomas de COVID-19?

¿Hay alguien en su hogar esta esperando los resultados de la prueba COVID-19 o planea hacerse la prueba _____ Si NO

- Fiebre (100.4 o más) o escalofríos YES NO
- Tos
- Respiración dificultosa
- Pérdida reciente del gusto o el olfato
- Cansado inusual
- Dolores musculares o corporales
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Náuseas o vómitos
- Diarrea o dolor abdominal

¿Ha estado su hijo en contacto cercano con alguien con COVID-19 confirmado? _____ Si NO

¿Ha tenido su hijo una prueba positiva de COVID-19 del virus activo en los últimos 10 días? _____ Si NO

En los últimos 14 días, ¿un médico o un profesional de la salud pública le ha dicho que controle, aíse o ponga en cuarentena a su hijo(a) debido a preocupaciones sobre un posible contagio por el COVID-19? _____ Si NO

¿Ha tomado su hijo algún medicamento para reducir la fiebre antes de venir a la escuela como (Tylenol, Advil, Motrin, Ibuprofen, etc.)? YES NO

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas:

Si respondió NO a todas las preguntas:

¡Por favor, mantenga a todos sus hijos en casa y no vayan a la escuela ni a la guardería hoy!

Por favor firme su boleto de salud y envíelo a la escuela con cada niño. ¡No olvides tu máscara!



Llame a la oficina de FAE para hablar sobre los requisitos para poder regresar a la escuela. (360) 226-2228

FIRMA: _____

Esta parte será completado por personal de FAE

Temperatura _____ Examinado por (Iniciales) _____



FAE SUMMER ACADEMY

BOLETO DIARIO SALUDABLE

Todas las casillas deben estar marcadas para ingresar a la escuela.

Nombre del estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre del padre/Madre: _____

Numero de telefono: _____

En los últimos 2 días: ¿Ha tenido su hijo alguno de los siguientes síntomas de COVID-19?

¿Hay alguien en su hogar esta esperando los resultados de la prueba COVID-19 o planea hacerse la prueba _____ Si NO

- Fiebre (100.4 o más) o escalofríos Si NO
- Tos
- Respiración dificultosa
- Pérdida reciente del gusto o el olfato
- Cansado inusual
- Dolores musculares o corporales
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Náuseas o vómitos
- Diarrea o dolor abdominal

¿Ha estado su hijo en contacto cercano con alguien con COVID-19 confirmado? _____ Si NO

¿Ha tenido su hijo una prueba positiva de COVID-19 del virus activo en los últimos 10 días? _____ Si NO

En los últimos 14 días, ¿un médico o un profesional de la salud pública le ha dicho que controle, aíse o ponga en cuarentena a su hijo(a) debido a preocupaciones sobre un posible contagio por el COVID-19? _____ Si NO

¿Ha tomado su hijo(a) algún medicamento para reducir la fiebre antes de venir a la escuela como (Tylenol, Advil, Motrin, Ibuprofen, etc.)? Si NO

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas:

Si respondió NO a todas las preguntas:

¡Por favor, mantenga a todos sus hijos en casa y no vayan a la escuela ni a la guardería hoy!

Por favor firme su boleto de salud y envíelo a la escuela con cada niño. ¡No olvides tu máscara!



Llame a la oficina de FAE para hablar sobre los requisitos para poder regresar a la escuela. (360) 226-2228

FIRMA: _____

Esta parte será completado por personal de FAE

Temperatura _____ Examinado por (Iniciales) _____