

# Student In-School Agreement



- Are you sick with flu-like symptoms?  
-----YES -----No
- Have you or someone living in your house been tested in the last 14 days due to a confirmed COVID-19 exposure or symptoms?  
-----YES -----No
- Have you been exposed to a positive COVID-19 case in the last 14 days?  
-----YES -----No

**Print Name:** -----

**Date:** -----

# Student In-School Agreement



- Are you sick with flu-like symptoms?  
-----YES -----No
- Have you or someone living in your house been tested in the last 14 days due to a confirmed COVID-19 exposure or symptoms?  
-----YES -----No
- Have you been exposed to a positive COVID-19 case in the last 14 days?  
-----YES -----No

**Print Name:** -----

**Date:** -----

# Acuerdo de estudiante en la escuela



- ¿Está enfermo con síntomas similares a los de la influenza?  
-----SÍ -----NO
- ¿Se le ha hecho la prueba a usted o a alguien que vive en su hogar en los últimos 14 días debido a una exposición o síntomas confirmados de COVID-19?  
-----SÍ -----NO
- ¿Ha estado expuesto a un caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días? -----SÍ -----NO

**Escriba su nombre:** .....

**Fecha:** .....

# Acuerdo de estudiante en la escuela



- ¿Está enfermo con síntomas similares a los de la influenza?  
-----SÍ -----NO
- ¿Se le ha hecho la prueba a usted o a alguien que vive en su hogar en los últimos 14 días debido a una exposición o síntomas confirmados de COVID-19?  
-----SÍ -----NO
- ¿Ha estado expuesto a un caso positivo de COVID-19 en los últimos 14 días? -----SÍ -----NO

**Escriba su nombre:** .....

**Fecha:** .....