



**Transporte de Autobús Escolar de WS/FCS
Formulario de Atestación Trimestral de los Padres/Tutor
4to Trimestre 2020-2021**

Primer nombre del estudiante:	Apellido(s) del estudiante:
Primer nombre de los padres/tutor:	Apellido(s) de los padres/tutor:
Fecha de nacimiento del estudiante:	Escuela del estudiante:

Yo, el padre/madre o tutor legal del estudiante nombrado previamente, reconozco que yo he completado esta Atestación de Padres/Tutores, de acuerdo con las Herramientas para Escuelas Fuertes de Carolina del Norte, como una condición para que mi niño reciba servicios de transporte en autobús escolar. Yo acepto que la respuesta a **cada una** de las siguientes preguntas es **“No”**:

1. Su niño ha estado en contacto cercano (a menos de 6 pies de distancia por lo menos por 15 minutos acumulados) en los últimos 14 días con alguien diagnosticado con COVID-19, o ha estado algún proveedor del cuidado de la salud o del departamento de salud en contacto con usted y le aviso que su niño o alguien en su hogar debe ponerse en cuarenta.

2. ¿Tiene su niño ALGUNO de los síntomas de COVID – 19, incluyendo, pero no limitado a los siguientes síntomas?

- Fiebre
- Escalofríos
- Falta de aire o dificultad para respirar.
- Nueva toz.
- Nueva pérdida del sentido del gusto u olfato.

Si su niño tiene alguno de estos síntomas, ellos deben quedarse en casa, alejados de otras personas, y usted debe ponerse en contacto con su proveedor de cuidado de la salud.

3. Desde que su niño estuvo en la escuela la última vez (y/o transportado en autobús escolar amarillo). ¿Su niño ha sido diagnosticado con COVID – 19?

Yo entiendo que **si** mi niño tiene una prueba de COVID-19 negativa, puede regresar a la escuela una vez que ya no tenga fiebre aún sin el uso de medicinas para reducir la fiebre y que se haya sentido bien por 24 horas.

Yo entiendo que **si** mi niño ha sido diagnosticado con COVID-19 pero no tiene síntomas, debe permanecer fuera de la escuela hasta que hayan pasado 10 días en el calendario desde la fecha de su primera prueba positiva de COVID-19, asumiendo que no han desarrollado síntomas subsecuentes desde su prueba positiva.

Yo entiendo que **si** se ha determinado que mi niño ha estado en contacto cercano con alguien diagnosticado con COVID-19, debe permanecer fuera de la escuela por 14 días desde el último contacto conocido, a menos de que resulten positivos en una prueba. Mi niño debe completar los 14 días de cuarentena aún si resultaron positivos en una prueba.

Yo entiendo que, si las circunstancias de mi niño cambian **en cualquier momento después** de enviar este formulario de atestación, y la respuesta a **cualquiera** de las preguntas anteriores es **“Si,”** yo me comprometo a notificar a la escuela de mi niño **inmediatamente** y acepto mantener a mi niño en casa hasta que yo sea notificado de que mi niño puede regresar a la escuela (de acuerdo con el criterio a continuación).

Yo entiendo que mi niño puede regresar a la escuela, y/o volver a montar el autobús escolar, cuando yo o un adulto miembro de la familia pueda asegurar que la respuesta a **TODAS** las siguientes preguntas sea **SI**:

- ¿Han pasado por lo menos 10 días en el calendario desde la primera vez que el niño tuvo síntomas?
- ¿Han pasado por lo menos 24 horas desde que el niño tuvo fiebre (sin haber usado medicina para reducir fiebres)?
- ¿Ha habido mejoría en los síntomas incluyendo toz y falta de aire?

Yo acepto indemnizar y exonerar de toda responsabilidad a la Junta de Educación de Winston-Salem/Forsyth County de y en contra de cualquier y todo reclamo, pérdidas, lesiones o enfermedades que puedan resultar de mi fracaso para cumplir con los reconocimientos dentro de este formulario de atestación.

Yo declare que he leído, entendido y aceptado la información escrita como una condición para que mi niño use el transporte en autobús.

Firma de los padres/Tutor

____/____/____ (Fecha)
Mes Día Año