BCPS Student Daily Screening fo COVID-19

Student Name: _____ Site Location: _____ Month: _____

Instructions: All students must undergo a symptom check prior to accessing transportation services or entering any school facility. Please check your symptoms at home, select Y=Yes or N=No and record. If you answer yes to any of the below questions, you must stay home. For weekends draw a line through the date. If you have questions, please contact your child's administrator.

Date	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Initials																															
Exposure to Covid-19 in the past 14 days?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Are you feeling ill?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Record temperature. If 100 F or greater, stay home																															
•Cough •Short of breath •Difficulty breathing •Chills •Fatigue •Muscle ache •Congestion/runny nose •Sore throat •Headache •New loss of taste or smell •Nausea •Vomiting •Diarrhea	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N