



Student Health Check Form

Date: _____

Site Staff Checking In: _____

Please answer the following questions to the best of your knowledge:

Child's Name	Does your child have a cough, sore throat, or shortness of breath?		Has your child traveled outside the country in the past 30 days?		Has your child come into contact with anyone who is confirmed for Covid-19?		Are you living with anyone who is not feeling well?		Child's temperature	Parent Signature (verifying information)	Staff Initials (Temp)
	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	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	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			