



BERRYVILLE SCHOOL DISTRICT

902 W Trimble Berryville AR 72616
(870) 423-7065 (870) 423-6824 Fax

RETURN FROM QUARANTINE RELEASE FORM

Please Circle: Student or Staff

School Association (Circle): Elementary Intermediate Middle High District

First Name: _____ Last: _____

If a Student, please answer: Grade: _____ Teacher: _____

Please answer questions in regards to the student or staff who is returning and is named above.

Have you had any of the following symptoms? Yes _____ No _____
(please check any symptoms you have had or you currently have.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fever (100.4 or greater) or chills | <input type="checkbox"/> Sore Throat |
| <input type="checkbox"/> Uncontrolled or persistent cough/ SOB | <input type="checkbox"/> Diarrhea, vomiting, or abdominal pain |
| <input type="checkbox"/> New onset of severe headache | <input type="checkbox"/> Loss of taste/smell |

If you have had any of these symptoms, have you been symptom free for 48 Hours? Yes _____ No _____

Have you been tested for Covid-19/Coronavirus? Yes _____ No _____

If yes, what was the result? Negative _____ Positive _____

Directive to Quarantine Dates: _____

Parent/Staff Name (printed): _____ Phone #: _____

Signature of Parent/Staff (or representative if phone conference): _____

***** To Be Completed By School Officials Only *****

School Representative Name (printed): _____ Title: _____

Signature of School Representative: _____

Date: _____



BERRYVILLE SCHOOL DISTRICT

902 W Trimble Berryville AR 72616
(870) 423-7065 (870) 423-6824 Fax

FORMULARIO PARA REGRESAR A LA ESCUELA DESPUES DE LA CUARENTENA

Por favor circule: Estudiante o Personal

Escuela (Circule): Elemental Intermedia grados 6-8 Grados 9-12 Distrito

Nombre _____ Apellido: _____

Si es estudiante, por favor conteste: Grado: _____ Maestra: _____

Por favor responder las preguntas sobre el estudiante nombrado arriba.

Has tenido alguno de los siguientes síntomas?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre (100.4 o más) o escalofríos | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Tos incontrolada o persistente / dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Diarrea, vomito, o dolor estomacal |
| <input type="checkbox"/> Nueva aparición de dolor de cabeza intenso | <input type="checkbox"/> Perdida de gusto/olfato |

Si tuvo alguno de estos síntomas, ha estado sin ningún síntoma por más de 48 horas? Si ___ No ___

Le han hecho pruebas de Covid-19 / Coronavirus? Si ___ No ___

Si si, cual fue el resultado? Negativo ___ Positivo ___

Nombre de padres (letra de molde): _____ # de teléfono: _____

Representante de la escuela (Letra de molde): _____

Firma de padres (o representante si fue conferencia por teléfono): _____

Fecha: _____