



亲爱的学生家长/监护人，

随着我们开始让更多的学生返回学校，费郡公立学校正在采取许多措施来保持我们的学校和社区的安全。我们采取的措施包括洗手，保持身体距离和戴遮面物/口罩。

除了这些做法以外，费郡公立学校将提供**免费**校内 COVID-19 诊断测试和筛查测试。费郡公立学校与维州卫生部合作，选择参加一项 COVID-19 测试试点计划。Rocky Run 中学被挑选参加这一计划。

本校将为任何在学校里出现 COVID-19 症状的学生或工作人员提供 **COVID-19 诊断测试**。这种测试的目的是为了尽快确定病例，并采取措施保护我们学校和社区内的其他人。**参加是自愿的。**

根据目前的费郡公立学校政策，出现症状的学生将被要求回家，尽管测试结果是阴性的。学生将等候在照顾室 (Care Room)，学校将通知家长/监护人。家长必须在一个小时内接学生回家。要想让学生返校，必须由医疗照顾提供者填写[患病学生通知和返校表格](#)并交给学校。

COVID-19 筛查测试只向学生提供。筛查测试涉及到经常对一组没有症状的学生进行测试。我们的目标是尽早主动识别可能具有传染性的受感染者，以便我们能够采取措施，防止病毒扩散。在许多人身上，COVID-19 没有任何症状，人们可能没有意识到他们被感染和正在传染他人。在社区的大部分人参加的情况下，筛查测试最为成功。我们请求您强烈考虑让您的学生参加这个试点项目。每个星期，我们都会随机挑选一小组学生参加筛查测试。**参加是自愿的。**

如果学生的**筛查**测试结果是阳性的，学生将等候在照顾室 (Care Room)，学校将通知家长/监护人。家长必须在一个小时内接学生回家。要想让学生返校，必须由医疗照顾提供者填写[患病学生通知和返校表格](#)并交给学校。

维吉尼亚州卫生部向费郡公立学校提供 Abbott BinaxNOW 抗原测试。一个经过培训的检测小组成员将对学生的鼻孔前部进行拭擦。学生将与工作人员一起等待测试结果，这需要大约 15 分钟。

如果学生在上学日开始之前感到不舒服或出现 COVID-19 症状，**请让学生留在家里。**

您的学生参加该计划必须填写所附的同意书并交回学校。

如果您有更多问题，请阅读[最常提出的问题解答](#)，这份文件可以回答您的很多问题。如果您还有问题，请和您孩子的学校联系。



学生校内 COVID-19 测试同意书

姓:	名:	中名:	出生日期: ____/____/____
住址:	街道和门牌: 城市: 州: 邮编:		
家长电话:		电邮:	性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不希望回答
种族:	<input type="checkbox"/> 美国印第安人/阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷土著或其他太平洋群岛人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 没有说明		西班牙裔/拉美裔 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不希望回答

通过填写和提交此表，我确认我是适当的家长/法定监护人，可以提供同意，并且我授权在上学期期间对我的学生免费进行 COVID-19 抗原测试。我明白，授权对我孩子进行 COVID-19 测试是可以选择的，我可以拒绝给予这一授权，在这种情况下，我的孩子将不会接受测试。我还知道，如果我的孩子在上学日开始之前感到不舒服，学生必须留在家里。

同意与分享信息 (请草签):

_____ 如果我的孩子出现 COVID-19 症状，我授权管理层对我进行 Abbott BinaxNOW COVID-19 抗原测试。我知道，根据维州法律，我孩子的测试结果将报告给我和维州卫生部。

_____ 我授权对我的学生进行 Abbott BinaxNOW COVID-19 抗原测试，作为 COVID-19 筛查计划的一部分。我知道，根据维州法律，我孩子的测试结果将报告给我和维州卫生部。

授权者签名:

我知道我可以改变想法，随时取消这一同意。如果要取消同意接受 COVID 19 测试，我需要直接和 [POC Name] 联系，其联络信息是 [Contact Info]。

家长/监护人签字

与学生的关系

请用大写字母写出姓名

日期