	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? Are you feeling ill?	Y	Y	Υ	Y	Y	Υ	Υ	Υ	Υ	Υ	Υ	Y	Y	Υ	Υ	Υ	Y	Υ	Y	Υ	Υ	Υ	Y	Υ	Υ	Y	Υ	Υ	Υ	Υ	Υ	
	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	
	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	N N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	N N	Y N	N Y	Y N											
Record temperature. If 100 F or greater, stay home	IN	14	17	IN	IN.	1	14	14	1	17	2	IN	IN.	17	17	11	14	14	14	14	2	11	IN	1	IV	14	14	2	17	IN	14	
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	YN	YN	YN	Y	YN	YN	Y	YN	YN	YN	Y N	Y N	YN	YN	Y	YN	Y	YN	YN	YN	Y	Y N	YN	Y	YN	YZ	YN	YN	Y N	YN	