

Date: October 1<sup>st</sup>, 2020

Circular 16 / AY 2020-2021

**Subject: Quarantine and Self-isolation Form**

Dear Parents,

I trust that you are all keeping well.

In order to keep to the health and safety regulations required by the government and DOH, it is of immense importance that **you will let us know if you or any members of your close family, are in quarantine or self-isolation.**

For any suspected cases, parents must take their children to the nearest hospital to be tested and must inform the school nurse Mrs. Jay-Ann by calling her on 052 738 2709 and complete the "Quarantine and Self-Isolation form" below (Available on the school's Website).

Parents must provide the school nurse with the **test results within 48 hours.**

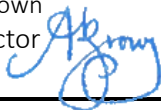
Parents should not keep their children home without informing the school of their COVID-19 status as this could influence the health and safety of the school community.

The school will not take any risks with suspected cases and will inform parents immediately if their children show any symptoms.

According to DOH and our school's clinic, a student or teacher that was in direct contact with another person who tested positive for COVID-19, should be tested immediately. Although the test results might be negative, all individuals must adhere to the 14 days quarantine. On the 12<sup>th</sup> day of quarantine, a second test must be administered prior to the return of the students or teachers at school.

Thank you for your cooperation.

Yours sincerely,  
Antoinette Brown  
Principal Director



I \_\_\_\_\_ the parent of \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Confirm that my child / or one of my direct family members, was/were in direct contact with a positive COVID-19 case on \_\_\_\_\_ (date).

My child/ children/family was/were tested at \_\_\_\_\_ (name of hospital or medical institution) on (date) \_\_\_\_\_, and we are in 14 days quarantine/ self-isolation.

I understand that my child (mentioned above) must be tested a second time before he/she will be allowed to enter the school.

Please find attached my child's COVID-19 test results for the school's clinic record keeping.

Parents' full name \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Parents signature \_\_\_\_\_

التاريخ: 1 أكتوبر 2020

تعميم رقم 16

### الموضوع: نموذج الحجر الصحي والعزل الذاتي

أولياء الأمور الكرام،

أنا على ثقة من أنكم جميعاً على ما يرام.

من أجل الالتزام بلوائح الصحة والسلامة التي تتطلبها حكومة أبوظبي وهيئة الصحة، من الأهمية القصوى أن نخبرنا إذا كنت أنت أو أي من أفراد عائلتك المقربة في الحجر الصحي أو العزلة الذاتية.

لأي حالة مشتبه بها، يجب على الآباء اصطحاب أطفالهم إلى أقرب مستشفى لأجراء الفحص ويجب عليهم إبلاغ ممرضة المدرسة السيدة جاي آن بالاتصال بها على رقم 052 738 2709 وإكمال "نموذج الحجر الصحي والعزل الذاتي" أدناه (متوفر على موقع الالكتروني للمدرسة).  
يجب على أولياء الأمور تزويد ممرضة المدرسة بنتائج الاختبار في غضون 48 ساعة.  
يجب على أولياء الأمور عدم إبقاء أطفالهم في المنزل دون إبلاغ المدرسة بحالتهم الصحية عند الاشتباه أو الإصابة بكوفيد 19 لأن ذلك قد يؤثر على صحة وسلامة المجتمع المدرسي.

لن تخاطر المدرسة في التعامل مع أي حالة المشتبه فيها وسوف يتم إبلاغ أولياء الأمور عند ظهور أي أعراض على أطفالهم على الفور.  
وفقاً لهيئة الصحة وعبادة مدرستنا، يجب على الطالب أو المدرس الذي كان على اتصال مباشر مع شخص آخر ثبتت إصابته بفيروس كوفيد 19 إجراء الفحص على الفور. ويجب على جميع الأفراد الالتزام بالحجر الصحي لمدة 14 يوماً حتى لو كانت نتيجة الاختبار سلبية. في اليوم الثاني عشر من الحجر الصحي، يجب إجراء اختبار ثاني قبل عودة الطلاب أو المدرسين في المدرسة.

شكراً لتعاونكم.

تفضلوا بقبول فائق الاحترام،



انطوانيت براون

مديرة المدرسة

أنا \_\_\_\_\_ وولي أمر الطالب/ة \_\_\_\_\_ بصف \_\_\_\_\_

أؤكد أن طفلي / أو أحد أفراد عائلتي المقربين، كان / كانت على اتصال مباشر مع حالة إيجابية لفيروس كوفيد 19 في التاريخ \_\_\_\_\_

تم فحص طفلي/ أطفالتي / عائلتي في مستشفى \_\_\_\_\_ في التاريخ \_\_\_\_\_

ونحن في الحجر الصحي / العزل الذاتي لمدة 14 يوماً.

أنضمم أن طفلي (المذكور أعلاه) يجب أن يقوم بفحص آخر ثاني قبل أن يسمح له بدخول المدرسة.

مرفق لكم نتيجة فحص كوفيد 19 لإبني / ابنتي لحفظها في سجلات عيادة المدرسة.

الاسم ولي الأمر كامل: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر: \_\_\_\_\_