

General McLane School District - COVID-19 Athlete/Coach Monitoring Form

Date: _____

NAME	TIME	Group A - 1 or more symptoms Fever, Cough, Shortness of Breath, Difficulty Breathing, New onset loss of taste or smell		Group B - 2 or more symptoms Sore Throat Runny nose/copngestion Chills, Muscle pain Nausea or vomiting Headache, Diarrhea		Any recent travel to any of the States* that require 14-day quarantine?		Any close contact or cared for someone with COVID-19?		Have you been tested for COVID-19 in the past 2 weeks?		Temp (if higher than 99.5)
		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
1		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
2		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
3		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
4		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
5		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
6		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
7		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
8		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
9		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
10		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
11		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
12		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
13		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
14		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
15		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
16		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
17		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
18		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
19		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
20		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
21		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
22		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
23		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
24		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	
25		YES	NO	YES	NO	Y	N	Y	N	Y	N	