

CONFIRMATION DU RETOUR À L'ÉCOLE/ AU SERVICE DE GARDE D'ENFANTS

Veillez remplir ce formulaire pour confirmer que votre enfant est en santé et qu'il peut retourner à l'école ou au service de garde d'enfants. En signant le document, vous affirmez que les renseignements sont vrais.

Retournez le formulaire rempli à la direction de l'école/au service de garde de votre enfant.

Nom complet de l'enfant : _____

Mon enfant a été absent de l'école/du service de garde depuis le _____ (DATE : AAAA/MM/JJ), selon la directive reçue à la suite des résultats du [Dépistage de la COVID-19 pour les écoles et les services de garde d'enfants](#) ou des directives reçues du Bureau de santé local.

PARTIE 1 – J'atteste que (INITIALEZ UN CHOIX) :

- _____ Les symptômes de mon enfant sont reliés à d'autres causes connues ou conditions dont il est déjà atteint.
- _____ Mon enfant a déjà été vu par un médecin ou une infirmière praticienne et on lui a diagnostiqué une maladie chronique avec exactement les mêmes symptômes que mon enfant a présentement.
- _____ Mon enfant a été évalué par un médecin ou une infirmière praticienne le _____ (DATE). Celui ou celle-ci nous a dit qu'un test de la COVID-19 n'était pas nécessaire et qu'une raison médicale autre que la COVID-19 explique les symptômes de mon enfant.
- _____ Mon enfant n'a PAS passé de test de la COVID-19, mais a terminé 10 jours d'auto-isolement à partir de la date à laquelle il a commencé à se sentir malade.
- _____ Mon enfant ou un membre de son ménage a reçu un résultat négatif au test de la COVID-19 après qu'il a commencé à se sentir malade.
- _____ Mon enfant a reçu un résultat positif à la COVID-19. Il ou elle a terminé sa période d'isolement et est autorisé à retourner à l'école par la Santé publique.
- _____ Mon enfant a été déterminé un contact étroit d'un cas COVID-19 confirmé. Il ou elle a terminé sa période d'isolement et est autorisé à retourner à l'école par la Santé publique.
- _____ Un membre du ménage de mon enfant n'a PAS subi de dépistage pour la COVID-19 alors que c'était recommandé. Mon enfant a terminé sa période d'isolement (14 jours d'isolement à la suite du dernier contact de l'enfant avec la personne malade).

PARTIE 2 – J'atteste également que (INITIALEZ TOUS LES CHOIX) :

- _____ Mon enfant n'a PAS eu de fièvre au cours des 24 dernières heures (en s'abstenant de prendre des médicaments).
- _____ (Le cas échéant) les symptômes de mon enfant ont commencé à s'améliorer depuis au moins 24 heures et il ou elle a des signes qu'il se sent bien (ex. seulement du mucus clair qui coule du nez à l'occasion; aucun écoulement des yeux; la toux n'empêche pas ses activités; pas de maux de tête; mange, boit et dort bien; sa personnalité est normale; a assez d'énergie pour ses activités quotidiennes).
- _____ Mon enfant a terminé et réussi le Dépistage de la COVID-19 pour les écoles et les services de garde d'enfants.

En me basant sur toutes les raisons indiquées ci-dessus, j'atteste que mon enfant peut retourner à l'école ou au service de garde d'enfants le _____ (DATE).

AVIS : En tapant votre nom ci-dessous, vous apposez votre signature dans ce document sous forme électronique.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____