

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

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 public.

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 : AAAA/MM/JJ). 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'une personne dont le test pour la COVID-19 était positif. Il 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 de COVID-19 confirmé. Il est entièrement vacciné contre la COVID-19 et ne présente pas de symptômes.
- 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 (10 jours d'isolement à la suite du dernier contact de l'enfant avec la personne malade).
- Un membre du ménage de mon enfant n'a PAS subi de dépistage pour la COVID-19 alors que c'était recommandé. Il est entièrement vacciné contre la COVID-19 et ne présente pas de symptômes; il n'est donc pas recommandé qu'il soit testé ou mis en auto-isolement.

Veillez noter : Les personnes vaccinées symptomatiques ne sont pas exemptées du test de dépistage lorsqu'il est recommandé. Si elle refusent un test recommandé, elles auront l'option de s'isoler pendant 10 jours après l'apparition de symptômes.

PARTIE 2 – J'atteste également que (VEUILLEZ INITIALER TOUS LES CHOIX QUI S'APPLIQUENT) :

- 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 s'améliorent depuis au moins 24 heures et des signes semblent indiquer qu'il se sent bien.
- (Le cas échéant) les symptômes gastrointestinaux de mon enfant s'améliorent depuis au moins 48 heures (nausée, vomissement, diarrhée, douleur abdominale). Il affiche des signes indiquant qu'il se sent bien.
- Mon enfant a terminé et réussi le Dépistage de la COVID-19 pour les écoles et les services de garde d'enfants.

Veillez compléter ce formulaire pour confirmer que votre enfant est en santé et qu'il peut retourner à l'école/au service de garde d'enfant. En apposant votre signature, vous confirmez que ces renseignements sont vrais.

À partir de 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 : AAAA/MM/JJ).

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 : _____

12320 ICD-21f



BSEO.ca • 613-933-1375 • 1 800 267-7120



Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.