

Formulaire de confirmation de retour à l'école

Veillez remplir ce formulaire pour confirmer que votre enfant est en bonne santé et capable de retourner à l'école. Ne cochez qu'une seule case. En apposant votre signature, vous confirmez que les informations sont exactes. Renvoyez le formulaire rempli au directeur de l'école de votre enfant.

Nom de l'enfant : _____

Mon enfant a été renvoyé de l'école à la maison pour suspicion de maladie :

- Le prestataire de soins de santé de mon enfant a confirmé que mon enfant n'a pas de COVID-19, et que ses symptômes s'améliorent depuis plus de 24 heures.
- Mon enfant présentait l'UN des symptômes suivants : mal de gorge, nez bouché, écoulement nasal, maux de tête, nausées, vomissements, diarrhées, ou douleurs musculaires, fatigue. Son symptôme s'est amélioré depuis 24 heures.

Note : Si le symptôme de votre enfant ne s'est pas amélioré en 24 heures ou si votre enfant a eu plus de l'un des symptômes, il doit subir un test COVID-19 ou rester à la maison et s'isoler pendant 10 jours.

- Mon enfant a obtenu un résultat négatif au test COVID-19 et ses symptômes se sont améliorés depuis plus de que 24 heures.

Mon enfant a été identifié comme étant un contact proche d'une personne ayant été testée positive à la COVID-19 :

- Mon enfant a obtenu un résultat négatif au test COVID-19 et a passé 14 jours d'isolement.
- Mon enfant a été testé positif à la COVID-19 et a passé 10 jours d'isolement, à partir du moment où les symptômes ont commencé (ou que le test a été fait). Mon enfant n'a pas été hospitalisé. Mon enfant n'a pas de fièvre, et ses symptômes s'améliorent.
- Je n'ai pas emmené mon enfant pour un test COVID-19, mais mon enfant a passé 14 jours d'isolement et se porte bien sans aucun symptôme.

Date du test COVID-19 (le cas échéant) : _____ (jour/mois/année)

Je déclare que mon enfant se porte bien et qu'il peut retourner à l'école.

Nom du parent/tuteur : _____

Signature : _____ Date : _____ (jour/mois/année)