

Retour d'un élève à l'école

Lorsque votre enfant sera prêt à retourner à l'école, veuillez remplir le présent formulaire et ne cocher qu'une des cases. Renvoyez le formulaire dûment rempli à la direction de l'école de votre enfant. Remplissez un formulaire distinct pour chaque enfant qui retourne à l'école.

Votre signature en tant que parent ou tuteur de l'enfant atteste de l'exactitude des renseignements fournis. Il est important de fournir des renseignements exacts afin de réduire la propagation de la COVID-19 et de protéger tous les membres du personnel et tous les élèves à l'école.

Nom de l'enfant: _____

Mon enfant a reçu un résultat POSITIF au test de dépistage de la COVID-19.

- Mon enfant s'est isolé pendant 10 jours à partir de la date d'apparition des symptômes ou de la date du test (s'il n'a pas de symptômes), ses symptômes s'améliorent depuis au moins 24 heures et il n'a pas de fièvre.

Mon enfant a reçu un résultat NÉGATIF au test de dépistage de la COVID-19.

- Les symptômes de mon enfant s'améliorent depuis au moins 24 heures.
- Mon enfant s'est fait évaluer par un fournisseur de soins de santé, qui a établi un diagnostic autre que celui de la COVID-19. Les symptômes de mon enfant s'améliorent depuis au moins 24 heures (dans le cas des symptômes liés à une maladie infectieuse).
- Mon enfant a été exposé à un cas positif de COVID-19 et s'est isolé pendant 14 jours à partir de la date de sa dernière exposition au cas. Mon enfant va bien et n'a pas de symptômes.

Mon enfant n'a pas subi de test de dépistage de la COVID-19.

- Le fournisseur de soins de santé de mon enfant a diagnostiqué un autre problème de santé et les symptômes de mon enfant s'améliorent depuis au moins 24 heures (dans le cas des symptômes liés à une maladie infectieuse).
- Mon enfant s'est isolé pendant 10 jours à partir de la date d'apparition des symptômes.
- Mon enfant a été exposé à un cas positif de COVID-19, il s'est isolé pendant 14 jours à partir de la date de sa dernière exposition au cas et n'a présenté aucun symptôme de la COVID-19 au cours des 10 derniers jours.

En plus d'attester des renseignements fournis ci-dessus, je confirme que mon enfant a répondu « non » à toutes les questions de dépistage de la COVID-19.

Nom du parent ou tuteur: _____

Signature: _____ Date: _____