



COVID-19 Attestation pour le retour à l'école/service de garde

Veuillez remplir ce formulaire pour confirmer que votre enfant est en bonne santé et qu'il est en mesure de retourner à l'école/au service de garde. **Cochez une seule case.** En ajoutant votre signature, vous vérifiez que les informations sont vraies. Retournez le formulaire rempli à l'école ou au service de garde de votre enfant.

Nom de l'enfant : _____

Mon enfant était absent de l'école/du service de garde en raison de symptôme(s) de la COVID-19 et peut maintenant revenir parce que:

- Mon enfant a une affection diagnostiquée qui explique ses symptômes, et ces symptômes ne sont pas nouveaux ou ne s'aggravent pas.
- Mon enfant a eu l'**UN** des symptômes suivants : maux de gorge, nez bouché/écoulement nasal, maux de tête, nausées/vomissements/diarrhée, ou douleur/fatigue musculaire. Son symptôme s'est amélioré pendant plus de 24 heures.

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

- Mon enfant a été testé négatif pour la COVID-19 et ses symptômes s'améliorent depuis plus de 24 heures.
- J'ai choisi de ne pas faire tester mon enfant pour la COVID-19 et mon enfant a terminé 10 jours d'auto-isolément depuis le début de ses symptômes.

Mon enfant a été identifié comme un contact étroit d'une personne qui a été testée positive pour la COVID-19 :

- Mon enfant a été testé négatif pour la COVID-19 et a terminé 14 jours d'auto-isolément.
- Mon enfant a été testé positif à la COVID-19 et a terminé la période d'auto-isolément requise. Le retour à l'école a été conseillé par le Bureau de Santé du comté de Renfrew et du district (RCDHU).
- Je n'ai pas fait tester mon enfant pour la COVID-19, mais mon enfant a terminé 14 jours d'auto-isolément et est maintenant sans symptômes.

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

Je déclare que mon enfant va bien et qu'il est capable de retourner à l'école/au service de garde

Nom du parent/tuteur : _____

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