



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

Veillez 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 confirmez 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 infection diagnostiquée qui explique ses symptômes, et les symptômes ne sont pas nouveaux ou ne s'aggravent pas.
- Mon enfant a testé négatif pour la COVID-19 et il n'a pas de fièvre (sans médicaments) et ses symptômes s'améliorent depuis au moins 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 testé positive pour la COVID-19 :

- Mon enfant a testé négatif pour la COVID-19, il a terminé 14 jours d'auto-isolément.
- Je n'ai pas fait tester mon enfant pour la COVID-19, il a terminé 14 jours d'auto-isolément et il est maintenant sans symptômes.

Autres situations pour lesquelles mon enfant serait à la maison:

- Mon enfant vit avec un contact asymptomatique à haut risque, peut aller à l'école car cette personne s'auto-isole activement.
- Mon enfant ne présente aucun symptômes, était un contact étroit avec une personne symptomatique qui a été testé négative pour le COVID-19.
- Mon enfant vit avec un voyageur international qui respecte les règles de quarantaine. J'atteste que la personne qui est revenue d'un voyage international n'a eu aucun contact étroit avec mon enfant pendant sa période de quarantaine.
- Mon enfant a été testé positif pour la COVID-19 et a terminé la période d'auto-isolément requise. Le retour à l'école / à la garde d'enfants a été conseillé par le bureau de santé publique (RCDHU).



Renfrew County and District Health Unit

"Optimal Health for All in Renfrew County and District"

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)