

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

Veillez remplir ce formulaire pour confirmer que votre enfant est en santé et qu'il peut retourner à l'école ou au service de garde d'enfants. En signant le document, vous affirmez que les renseignements sont vrais. 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 renvoyé à la maison ou on lui a interdit d'entrer dans l'école ou la garderie à cause d'une maladie qui pourrait être la COVID-19, le _____ (DATE : AAAA/MM/JJ).

PARTIE 1 – J'atteste que (INITIALEZ UN CHOIX) :

- _____ 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 ne présentait qu'un de ces symptômes : mal de gorge, nez congestionné/écoulement nasal, maux de tête, nausées/vomissements/diarrhée, fatigue/léthargie/douleurs musculaires/malaise. Il est resté à la maison hier pour être surveillé et son symptôme s'est amélioré.
REMARQUE : Si le symptôme de votre enfant ne s'est pas amélioré dans les 24 heures ou si votre enfant a eu plus d'un symptôme, il doit être testé pour la COVID-19 ou rester à la maison et s'auto-isoler pendant 10 jours.
- _____ Mon enfant a été évalué par un médecin ou une infirmière praticienne le _____ (DATE). 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 a reçu un résultat négatif au test de la COVID-19 après qu'il a commencé à se sentir malade.
- _____ Mon enfant a reçu l'autorisation de la Santé publique de cesser de s'isoler après un résultat positif au test de la COVID-19, ou après avoir été en contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19.

PARTIE 2 – J'atteste également que (INITIALEZ TOUS LES CHOIX) :

- _____ Mon enfant n'a PAS été informé par le Bureau de santé de l'est de l'Ontario ou un fournisseur de soins de santé de continuer à s'auto-isoler.
- _____ Mon enfant n'a PAS eu de fièvre au cours des 24 dernières heures (en s'abstenant de prendre des médicaments).
- _____ Les symptômes de mon enfant ont commencé à s'améliorer depuis au moins 24 heures (ex. seulement du mucus clair qui coule du nez à l'occasion; aucun écoulement des yeux; la toux n'empêche pas ses activités; pas de maux de tête; n'a pas mal à la gorge quand il mange ou boit)
- _____ Mon enfant a des signes qu'il se sent bien (ex. mange, boit et dort bien; sa personnalité est normale; a assez d'énergie pour ses activités quotidiennes).
- _____ Mon enfant a terminé et réussi le Dépistage de la COVID-19 pour les écoles et les services de garde d'enfants.

En me basant sur 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).

Nom du parent/tuteur : _____

Signature du parent/tuteur : _____