



COVID-19

Veillez remplir ce formulaire avant d'entrer dans l'école

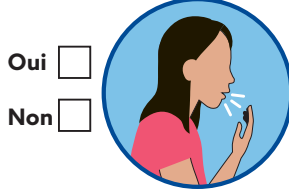
Nom: _____ Date: _____ Heure: _____

1. Votre enfant présente-t-il l'un des symptômes ou signes suivants, nouveaux ou qui s'aggravent?*



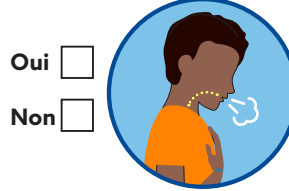
Oui
Non

Fièvre > 37.8°C



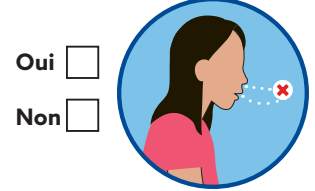
Oui
Non

Toux



Oui
Non

Difficulté à respirer

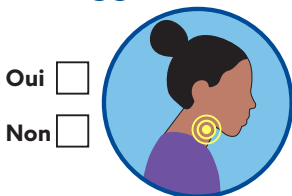


Oui
Non

Perte du goût ou de l'odorat

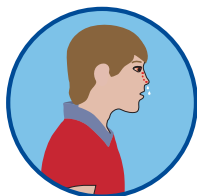
Si « OUI » : Restez à la maison, isolez-vous et faites-vous tester ou contactez le prestataire de soins de santé de votre enfant.

2. Votre enfant présente-t-il l'un des symptômes ou signes suivants, nouveaux ou qui s'aggravent?*



Oui
Non

Mal de gorge, difficultés à avaler



Oui
Non

Nez bouché/écoulement nasal



Oui
Non

Maux de tête



Oui
Non

Nausées, vomissements, diarrhées



Oui
Non

Malaise, douleurs musculaires, fatigue

Si « OUI » à 1 symptôme :

- Restez chez vous pendant 24 heures à partir du moment où le symptôme a commencé.
- S'il s'améliore en 24 heures, il peut retourner à la garderie. Aucun test n'est nécessaire.
- Si la situation ne s'améliore pas ou empire, isolez-vous et faites-vous tester.

Si « OUI » à 2 symptômes :

- Restez à la maison, isolez-vous et faites-vous tester ou contactez le prestataire de soins de santé de votre enfant.

3. Votre enfant est-il revenu d'un voyage à l'étranger au cours des 14 derniers jours? Oui Non

4. Votre enfant a-t-il été identifié comme étant un contact proche d'une personne atteinte de COVID-19? Oui Non

5. Votre enfant a-t-il reçu l'instruction de rester à la maison et de s'isoler? Oui Non

Si vous avez répondu « OUI » aux questions 3, 4 ou 5 :

- Votre enfant doit rester à la maison, s'isoler et suivre les conseils de Santé publique.

* Les enfants qui ont un problème de santé existant avec ces symptômes identifiés par un prestataire de soins de santé ne doivent pas répondre OUI, sauf si le symptôme est nouveau, différent ou s'aggrave. Recherchez les changements par rapport aux symptômes normaux de votre enfant.