

Attestation pour le retour à l'école de l'élève à la suite d'une maladie

Nom de l'élève :

Mon enfant a été renvoyé à la maison ou s'est vu interdire l'entrée à l'école ou la garderie en raison d'une maladie ressemblant à la COVID-19 le _____
(date - jj/mm/aaaa)

J'atteste que mon enfant peut retourner à l'école ou la garderie le _____
pour la raison suivante (**cocher une option**) : (date – jj/mm/aaaa)

☐ Les symptômes de mon enfant ne sont pas récents et n'ont pas changé. Mon enfant a auparavant été suivi par un médecin ou une infirmière-praticienne et a obtenu un diagnostic de condition chronique, comme les allergies ou l'asthme, qui comprend les mêmes symptômes qu'il présente actuellement.

☐ J'ai apporté mon enfant chez un médecin ou une infirmière-praticienne pendant la période où mon enfant a été renvoyé à la maison ou s'est vu interdire l'entrée à l'école. Le médecin ou l'infirmière-praticienne a confirmé qu'une autre condition que la COVID-19 est à l'origine des symptômes de mon enfant (raison pour laquelle mon enfant se sentait mal).

☐ Mon enfant n'a PAS subi de test de dépistage de la COVID-19, mais s'est auto-isolé pendant 14 jours à partir de la date où il a commencé à se sentir mal, et n'a pas fait de fièvre pendant trois jours et se sent maintenant mieux.

☐ Mon enfant a obtenu un résultat négatif au test de dépistage de la COVID-19 après avoir commencé à se sentir mal **ET** ne s'est PAS senti mal depuis au moins 24 heures (ou 48 heures si l'enfant avait des vomissements ou de la diarrhée)* **ET** n'a pas reçu l'ordre de Santé publique Ottawa ou d'un fournisseur de soins de santé de poursuivre son auto-isolement pour un total de 14 jours, car il était un contact étroit d'un cas confirmé de COVID-19.

** Dès lors que votre enfant a obtenu un résultat négatif au test de dépistage de la COVID-19, il n'est pas nécessaire que les symptômes légers, comme un écoulement nasal, aient complètement disparu au moment de son retour à l'école à condition que l'écoulement nasal (ou tout autre symptôme léger) s'améliore et que les autres symptômes aient disparu.*

Nom du parent/tuteur :

Signature du parent/tuteur :

24/09/2020