

Formulaire d'attestation COVID19 pour les élèves du secondaire

Document supplémentaire pour : Superviseur COVID19, Coordinateur des attestations et du dépistage

Le Washington Departments of Health and Labor & Industries exigent des districts scolaires qu'ils examinent la situation de tous les élèves pour déterminer s'ils sont atteints de la COVID-19 ou ont été en contact rapproché avec une personne exposée à la COVID-19.

_____ NOM _____
DE L'ÉLÈVE DATE

Au cours des dernières 24 heures, vous, ou un membre de votre ménage avez-vous présenté l'un des symptômes suivants :

- Température corporelle supérieure ou égale à 100,4 °F (38 °C)
- Toux
- Essoufflement ou difficulté à respirer
- Frissons
- Perte du goût ou de l'odorat
- Fatigue*
- Douleurs musculaires ou courbatures*
- Maux de tête*
- Maux de gorge*
- Nez bouché ou qui coule*
- Nausées ou vomissements*
- Diarrhée*
- Autres symptômes nouvellement apparus-qui ne sont pas liés

Un symptôme à court terme : si vous ne présentez qu'un seul de ces symptômes, s'il disparaît moins de 24 heures après son apparition **ET si vous n'avez pas été exposé à un cas connu de COVID-19 (contact rapproché). Si l'élève ou un membre de votre ménage n'a présenté qu'un seul de ces symptômes, si celui-ci a disparu en moins de 24 h et si aucun contact rapproché avec un cas de COVID n'a été signalé, l'élève peut retourner à l'école. Vous devez toutefois informer l'école que l'élève ou une personne de votre foyer a présenté un symptôme à court terme. Un test COVID-19 n'est pas nécessaire.*

OUI _____ NON _____

1. Vous, ou un membre de votre ménage avez-vous été en contact rapproché avec une personne diagnostiquée comme porteuse de la COVID-19 ? Un contact rapproché inclut : s'être trouvé à moins de 2 mètres d'une personne atteinte de la COVID-19 pendant un total de 15 minutes ou plus au cours d'une période de 24 heures ; **OU** vivre dans le même ménage qu'une personne atteinte de la COVID-19 ; **OU** avoir apporté des soins à une personne atteinte de la COVID-19 ; **OU** avoir été en contact direct avec la salive ou d'autres sécrétions corporelles d'une personne atteinte de la COVID-19.
2. Un membre de votre ménage présente-t-il des symptômes de la COVID-19 et/ou un membre de votre ménage fait-il l'objet d'un test de dépistage de la COVID-19 ?
3. Vous, ou un membre de votre ménage êtes-vous porteur du virus actif selon un test positif à la COVID-19 réalisé au cours des 10 derniers jours ?
4. Au cours des 14 derniers jours, un professionnel de santé vous a-t-il, à vous ou à un membre de votre ménage, recommandé de surveiller votre état, de vous isoler ou de vous mettre en quarantaine en raison d'un risque de contamination par la COVID-19 ?

Si vous avez répondu « OUI » à l'une de ces questions, restez chez vous et contactez votre école.

OUI _____ NON _____

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez ne pas vous rendre à l'école et suivez le règlement en matière de présences.

Je déclare que les réponses que j'ai fournies ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes et complètes.

Signature de l'élève / ou d'un parent si l'élève est incapable de signer

Date

Rev. 4/2021