**CERTIFICAT DU PRESTATAIRE DE SOINS : AUTRE DIAGNOSTIC (DIFFÉRENT DE LA COVID-19)**

Si votre enfant a présenté l’un des symptômes énumérés ci-dessous attribuables à un diagnostic autre que la COVID-19, ce formulaire doit être rempli et signé par le prestataire de soins de votre enfant (médecin, infirmier(ère) praticien(ne), ou auxiliaire médical) avant le retour de l’enfant à l’école après une absence ou son renvoi chez lui :

* Fièvre/frissons (supérieure à 100,4 °F/38°C)
* Toux
* Essoufflement ou difficulté à respirer
* Fatigue
* Douleurs musculaires/corporelles
* Maux de tête
* Perte de goût ou d'odorat
* Maux de gorge
* Congestion/écoulement nasal
* Nausées/vomissements
* Diarrhée

**Avis aux parents** : si vous choisissez :

* De NE PAS faire examiner votre enfant par un prestataire de soins afin d’écarter la cause de la fièvre et/ou d’autres symptômes de la maladie **OU**
* De NE PAS soumettre votre enfant à un test de dépistage de COVID-19 ou si votre enfant est testé positif

Votre enfant pourra retourner à l’école :

|  |
| --- |
| L’élève pourra retourner à l’école après : * 24 heures sans fièvre, sans recourir à des médicaments faisant baisser la fièvre

**ET** * Une amélioration des symptômes

**ET** * 10 jours après l’apparition des symptômes de la maladie.
 |
|   |

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de renvoi à la maison par l’école ou premier jour de confinement à la maison : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cette page doit être complétée et signée par le prestataire de soins de l’enfant.**

❏ Je confirme que l’élève**présente une autre source de symptômes**. Le test de dépistage à la COVID-19 n’a **PAS**été effectué.

❏ Je confirme que l’élève **présente une autre source de symptômes**. L’élève a eu un test **NÉGATIF** pour la COVID-19.

L’élève sera autorisé à retourner à l’école :

* S’il répond aux conditions habituelles de retour à l’école fixées pour les MALADIES AUTRES QUE LA COVID.

Conformément à ce qui est énoncé ci-dessus, l’élève pourra retourner à l’école au plus tôt le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (DATE)

Nom du prestataire de soins :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du prestataire de soins :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner à : **[Insert contact information]**