**Accord parent/tuteur**

Afin de protéger nos enfants et le personnel, je m’engage à garder mon enfant à la maison si celui-ci présente l’un des symptômes suivants :

|  |
| --- |
| **Surveillez l’apparition de TOUT symptôme énuméré ci-dessous :** |
| * Fièvre
* Frissons
* Douleurs musculaires ou corporelles
* Maux de tête
* Maux de gorge
* Congestion ou écoulement nasal
* Fatigue
* Nausées/vomissements
* Diarrhée
* Toux nouvelle ou persistante
* Nouvelle perte de goût ou d'odorat
* Difficulté à respirer
 |

Si mon enfant présente l’un de ces symptômes de la COVID-19, je ne l’enverrai pas à l’école ou au camp avant :

* + Que mon enfant ait été testé négatif pour la COVID et soit suffisamment en bonne santé pour retourner à l’école ou au camp **OU**
	+ Qu’un prestataire de soins ait examiné mon enfant et établi une raison expliquant les symptômes autre que la COVID

**OU**

* + Que toutes les affirmations suivantes soient exactes : 1) au moins 10 jours se sont écoulés depuis l’apparition des symptômes ET 2) la fièvre a disparu depuis 1 jour sans prise de médicaments contre la fièvre ET 3) les symptômes s’améliorent.

Si mon enfant reçoit un diagnostic de COVID-19, je ne l’enverrai pas à l’école ou au camp tant que les conditions suivantes ne seront pas réunies :

* + Au moins 10 jours se sont écoulés depuis l’apparition des premiers symptômes chez mon enfant

**ET**

* + Mon enfant n’a plus de fièvre depuis 1 jour, sans avoir pris de médicaments contre la fièvre (ex : paracétamol, ibuprofène)

**ET**

* + Les symptômes de mon enfant s’améliorent

Si un membre de mon foyer reçoit un diagnostic de COVID-19 ou si mon enfant est exposé à la COVID-19, je le garderai à la maison pendant 10 jours.

Si un membre de mon foyer développe l’un des symptômes énumérés dans le tableau ci-dessus, je le soumettrai à un test de dépistage de COVID-19. Je n’enverrai pas mon enfant à l’école, même s’il est prévu qu’il soit testé à l’école ce jour-là. Trouvez votre centre de dépistage le plus proche ici : <https://www.phila.gov/testing>. Si cette personne est testée positive, je garderai mon enfant à la maison pendant 10 jours.

Nom de l'enfant :

Nom du parent/tuteur :

Signature du parent/tuteur :

Date :