

ATTESTATION SANITAIRE COVID-19

- Depuis les 15 derniers jours, votre enfant a-t-il été en contact avec une personne atteinte du Covid-19, possible ou confirmée (*2 jours avant l'apparition des symptômes et 14 jours après*) ?

oui

non

- Depuis les 15 derniers jours, votre enfant a-t-il été en contact avec un malade ou un cas possible à moins d'un mètre pendant une durée de 15 minutes ?

oui

non

- Durant les 15 derniers jours, votre enfant a-t-il présenté deux des signes d'infection par le Covid-19 suivants ?

- Fièvre supérieure ou égale à 38° associée à de la fatigue
- Toux sèche persistante
- Éternuements fréquents non liés à une allergie
- Oppression thoracique
- Perte du goût ou de l'odorat

oui

non

Je soussigné(e) (*prénom et nom*)

Père/Mère/Tuteur de (*prénom et nom de l'enfant*)

Certifie sur l'honneur avoir répondu en toute loyauté à ce questionnaire

Fait a

le

Signature