



## QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE OBLIGATOIRE – CAMP DE JOUR

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

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

Question	Oui	Non
1. Votre enfant revient-il de voyage à l'extérieur du pays depuis moins de 2 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre enfant ressent-il un ou des symptômes parmi les suivants : toux, fièvre, difficultés respiratoires, perte d'odorat soudaine sans congestion, fatigue extrême ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Votre enfant a-t-il été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 ou présentant l'un des symptômes mentionnés précédemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Votre enfant a-t-il passé un test de dépistage de la COVID pour lequel vous êtes toujours en attente d'un résultat ? Si oui, à quelle date ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic positif de la COVID-19 ? Si oui, à quelle date ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont conformes et je m'engage à aviser sans délai l'administration du camp de jour advenant tout changement survenant à la condition de mon enfant ou à celle d'une personne du même domicile que lui.

Signature : \_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE OBLIGATOIRE – CAMP DE JOUR

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

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

Question	Oui	Non
1. Votre enfant revient-il de voyage à l'extérieur du pays depuis moins de 2 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre enfant ressent-il un ou des symptômes parmi les suivants : toux, fièvre, difficultés respiratoires, perte d'odorat soudaine sans congestion, fatigue extrême ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Votre enfant a-t-il été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 ou présentant l'un des symptômes mentionnés précédemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Votre enfant a-t-il passé un test de dépistage de la COVID pour lequel vous êtes toujours en attente d'un résultat ? Si oui, à quelle date ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic positif de la COVID-19 ? Si oui, à quelle date ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont conformes et je m'engage à aviser sans délai l'administration du camp de jour advenant tout changement survenant à la condition de mon enfant ou à celle d'une personne du même domicile que lui.

Signature : \_\_\_\_\_