

## Liste de vérification à l'intention des élèves et des intervenants avant de se rendre dans l'établissement scolaire

### Mesurer le risque : questions de dépistage

1.	Avez-vous, ou votre enfant a-t-il, l'un des symptômes ci-dessous :	Encerclez une des réponses	
	• Fièvre	OUI	NON
	• Toux	OUI	NON
	• Essoufflement/difficulté à respirer	OUI	NON
	• Mal à la gorge	OUI	NON
	• Frissons	OUI	NON
	• Difficulté à avaler	OUI	NON
	• Nez qui coule/congestion nasale	OUI	NON
	• Ne pas sentir bien/fatigue	OUI	NON
	• Nausées/vomissements/diarrhée	OUI	NON
	• Perte d'appétit inexplicquée	OUI	NON
	• Perte de gout ou d'odorat	OUI	NON
	• Douleurs musculaires/articulaires	OUI	NON
	• Mal de tête	OUI	NON
	• Conjonctivite (Pink Eye)	OUI	NON
2.	Avez-vous, ou quelqu'un dans votre domicile a-t-il, voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?	OUI	NON
3.	Est-ce que vous ou vos enfants avez eu des contacts étroits sans protection * (contact face à face dans un rayon de 2 mètres) avec une personne atteinte de toux et/ou de fièvre?	OUI	NON
4.	Avez-vous, vous-même ou un membre de votre domicile, été en contact étroit sans protection au cours des 14 derniers jours avec une personne faisant l'objet d'une enquête ou ayant été confirmée comme étant une personne atteinte de la COVID-19?	OUI	NON

\* « sans protection » signifie un contact étroit sans équipement de protection individuelle (EPI) approprié.

Si vous avez répondu « **OUI** » à une des questions précédentes, nous vous demandons de ne pas entrer dans l'école à ce moment.

Si vous avez répondu « **NON** » à toutes les questions précédentes, vous pouvez venir à l'école.

Version - 12 juin 2020

**PARENTS/GUARDIANS/STUDENTS MUST USE THIS QUESTIONNAIRE TO DECIDE IF THE STUDENT SHOULD ATTEND SCHOOL**

**Risk Assessment: Initial Screening Questions**

1.	Do you, or your child is attending the program, have any of the symptoms below:	CIRCLE ONE	
		YES	NO
	• Fever	YES	NO
	• Cough	YES	NO
	• Shortness of Breath/Difficulty Breathing	YES	NO
	• Sore throat	YES	NO
	• Chills	YES	NO
	• Painful swallowing	YES	NO
	• Runny Nose/Nasal Congestion	YES	NO
	• Feeling unwell/Fatigued	YES	NO
	• Nausea/Vomiting/Diarrhea	YES	NO
	• Unexplained loss of appetite	YES	NO
	• Loss of sense of taste or smell	YES	NO
	• Muscle/Joint aches	YES	NO
	• Headache	YES	NO
	• Conjunctivitis (Pink Eye)	YES	NO
2.	Have you, or anyone in your household, travelled outside of Canada in the last 14 days?	YES	NO
3.	Have you or your children attending the program had close <u>unprotected</u> * contact (face-to-face contact within 2 metres) with someone who is ill with a cough and/or fever?	YES	NO
4.	Have you or anyone in your household been in close <u>unprotected</u> contact in the last 14 days with someone who is being investigated or confirmed to be a case of COVID-19?	YES	NO

\* "Unprotected" means close contact without appropriate personal protective equipment (PPE).

If you have answered "**Yes**" to any of the above questions, please **DO NOT** enter the school at this time.

If you have answered "**No**" to all the above questions, you may attend school.