



QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE

LES PARENTS ET LES GARDIENS DOIVENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE POUR DÉCIDER SI L'ENFANT DEVRAIT FRÉQUENTER LE CENTRE AUJOURD'HUI.

Évaluation des risques :

1.	Avez-vous, ou votre enfant participant au programme, l'un des symptômes suivants :	Encerchez une réponse	
		Oui	Non
	Fièvre	Oui	Non
	Toux	Oui	Non
	Essoufflement / Difficulté à respirer	Oui	Non
	Gorge irritée	Oui	Non
	Frissons	Oui	Non
	Déglutition douloureuse	Oui	Non
	Nez qui coule / congestion nasale	Oui	Non
	Malaise / Fatigué	Oui	Non
	Nausées / Vomissements / Diarrhée	Oui	Non
	Perte d'appétit inexplicable	Oui	Non
	Perte de goût ou d'odeur	Oui	Non
	Douleurs musculaires / articulaires	Oui	Non
	Mal à la tête	Oui	Non
	Conjonctivite	Oui	Non
2.	Avez-vous voyagé ou un membre de votre famille à l'extérieur du Canada au cours des dernières 14 jours ?	Oui	Non
3.	Avez-vous eu contact ou vos enfants avec une personne malade avec toux et / ou fièvre, contact face à face à moins de 2 mètres / 6 pieds sans avoir un équipement de protection individuelle (PPE) approprié ?	Oui	Non
4.	Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez-vous été en contact étroit et non protégé au cours des 14 derniers jours avec une personne faisant l'objet d'une enquête ou confirmée de COVID-19 ?	Oui	Non

Si vous avez répondu «Oui» à l'une des questions ci-dessus, veuillez NE PAS entrer pour le moment.

Si vous avez répondu «Non» à toutes les questions ci-dessus, votre enfant pourrait fréquenter le programme.

Notre objectif est de minimiser le risque d'infection pour notre personnel et vos enfants.

Nous vous remercions de votre compréhension et de votre coopération.

Nom: _____ Signature: _____

Date: _____