

Formulaire de déclaration santé - Camps de jour

Ce formulaire doit être complété par le parent à chaque jour que son enfant se présentera seul à l'entrée du camp de jour, incluant si l'enfant arrive via le débarcadère. Un formulaire complété d'avance pour plusieurs jours sera rejeté.

1. Identification de l'enfant

Nom: _____ Prénom: _____

Camps suivi 6 - 7 ans: ☐ 8 - 9 ans: ☐ 10 - 12 ans: ☐ Aspirant moniteur: ☐

2 . Questionnaire santé

| Question 1 | Question 2 | Question 3 | Question 4 | Question 5 | | |
|--|--|---|--|---|-------------|----------------------------|
| Avez-vous été exposé à une personne infectée par la Covid-19 au cours des 14 derniers jours? | Avez-vous eu des symptômes de la Covid-19 (toux, fièvre, essoufflement, changement du goût ou de l'odorat) au cours des 14 derniers jours? | Êtes-vous en attente du résultat d'un test de dépistage pour la Covid-19? | Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays au cours des 14 derniers jours? | Avez-vous reçu un résultat positif de la Covid-19 au cours des 14 derniers jours? | | |
| | | | | | Date | Signature du parent |
| Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Lundi le | |
| Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Mardi le | |
| Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Mercredi le | |
| Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Jeudi le | |
| Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Vendredi le | |