

Certificat de réadmission de l'élève à l'école

(état au 01.12.2020)

(à: abs@dfglfa.net

à l'attention de Mme Vaillant - au plus tard le jour du retour à l'école de l'élève)

Votre enfant a été en contact avec une personne infectée dans la classe* / dans le groupe* / à l'internat* / autre (à l'exception du foyer familial)*. (*SVP rayer la mention inutile)

Option 1:

Je soussigné(e), _____ (Nom responsable légal/e), déclare sur l'honneur que

1. 10 jours se sont écoulés depuis le dernier contact de mon enfant _____ (Nom, prénom), _____ (Classe) avec une personne infectée.
2. mon enfant ne présente pas de symptômes typiques d'une infection par le CoV-2 du SRAS, à savoir fièvre, toux sèche, altération du goût ou de l'odorat.
3. selon l'information donnée par le médecin traitant _____ (Nom médecin) le _____ (Date) notre enfant peut réintégrer l'école le _____ (Date).

Date: _____

Signature: _____

Option 2:

Je soussigné(e), _____ (Nom responsable légal/e), déclare sur l'honneur que le test PCR (ou antigénique) effectué par mon enfant _____ (Nom, prénom), _____ (Classe), le ____ . ____ .20____, soit au plus tôt 5 jours après le dernier contact avec la personne infectée, est négatif. Mon enfant réintègrera donc l'école le _____ (Date).

Date: _____

Signature: _____