



Questionnaire d'autoévaluation



Les **PARENTS** **doivent** remplir questionnaire pour décider si l'enfant peut entrer dans l'établissement aujourd'hui.

1. Est-ce que vous ou votre enfant qui participe au programme présentez-vous l'un des symptômes ci-dessous?		
▪ Fièvre	OUI	NON
▪ Toux	OUI	NON
▪ Essoufflement ou difficultés respiratoires	OUI	NON
▪ Gorge irritée	OUI	NON
▪ Frissons	OUI	NON
▪ Déglutition douloureuse	OUI	NON
▪ Écoulement nasal ou congestion nasale	OUI	NON
▪ Sensation de malaise ou fatigue	OUI	NON
▪ Nausées, vomissements ou diarrhée	OUI	NON
▪ Perte d'appétit inexplicée	OUI	NON
▪ Perte du goût ou de l'odorat	OUI	NON
▪ Douleurs musculaires ou articulaires	OUI	NON
▪ Maux de tête	OUI	NON
▪ Conjonctivite	OUI	NON
2. Est-ce que votre enfant ou un membre de votre ménage avez voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?	OUI	NON
3. Est-ce que vous ou vos enfants inscrits au programme êtes entrés en contact étroit sans protection* (contact en personne à moins de 2 mètres) avec une personne qui souffre de toux ou de fièvre?	OUI	NON
4. Au cours des 14 derniers jours, est-ce que vous ou un membre de votre ménage êtes entrés en contact étroit sans protection* avec une personne faisant l'objet d'une enquête ou qui est un cas confirmé dont la COVID-19?	OUI	NON

* « sans protection » signifie un contact étroit sans l'utilisation d'équipement de protection individuelle approprié.

Si vous avez répondu « **OUI** » à l'une des questions ci-dessus, veuillez **NE PAS ENTRER** dans l'établissement à l'instant.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions ci-dessus, veuillez **SIGNER LE REGISTRE** à votre entrée et à votre sortie, et respecter l'hygiène des mains avant et après votre visite.

Nom : _____ Signature : _____

Date : _____

Notre objectif est de réduire au minimum le risque d'infection pour notre personnel et les enfants dont nous avons la garde. Merci de votre compréhension et de votre coopération.



Daily Screening Tool



PARENTS must fill out this questionnaire to decide if the child should enter today.

1. Do you, or your child have any of the following symptoms?		
▪ 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 smell or taste	YES	NO
▪ muscle/joint aches	YES	NO
▪ headache	YES	NO
▪ conjunctivitis (pink eye)	YES	NO
2 Has your child, 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 2m) in the last 14 days 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

*(without personal protective equipment)

If you have answered “**YES**” to any of the above questions, please **DO NOT** enter at this time.

If you have answered “**NO**” to any of the above questions, please **SIGN IN AND OUT** and practice hand hygiene (wash hands for 20 seconds and or use hand sanitizer) before and after your visit.

Name : _____ Signature : _____

Date : _____

Our goal is to minimize the risk of infection to our staff and children. Thank you for your understanding and cooperation.