



# 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.*