Repérage de Dépistage Quotidien : Élèves

1. Veuillez utiliser ce document pour repérer et enregistrer chaque jour l'état de santé de votre enfant.
2. Veuillez vous assurer que votre élève apporte avec lui chaque jour à l'école ce repérage quotidien **signé** confirmant qu'il a traversé les étapes **Demandez, Demandez, Regardez** les étapes à la maison.

DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

Nom de l'élève : _____

Date	1. DEMANDEZ : Est-ce que l'enfant a eu un ou plusieurs des symptômes suivants* : fièvre, frissons, toux, congestion, mal de gorge, essoufflement, difficulté à respirer, diarrhée, nausée ou vomissement, fatigue, maux de tête, douleurs musculaires ou corporelles, alimentation insuffisante ou manque d'appétit, nouvelle perte du goût ou de l'odorat, ou tout autre symptôme de ne pas se sentir bien ?	2. DEMANDEZ : Est-ce que votre enfant a été en contact étroit, dans les 14 derniers jours, avec une personne qui a le COVID-19 ?	3. REGARDEZ : Est-ce que l'enfant a des signes visibles de maladie, tels que des joues rouges, la respiration rapide ou la difficulté à respirer (sans activité physique récente), la fatigue, ou une irritabilité excessive ?	4. *Si l'enfant a répondu oui à l'une des questions précédentes, est-ce que l'enfant a été exclus de l'école ?	Signature du parent ou du tuteur

*Un enfant ne doit pas être exclus de l'école à cause de ces symptômes si le symptôme que l'enfant manifeste a été évalué précédemment par un prestataire de soins de santé et que ce dernier a fourni une documentation écrite ou verbale articulant que le symptôme n'est pas lié / les symptômes ne sont pas liés au COVID-19.