

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

*A destination des parents d'enfants présentant des symptômes évocateurs de COVID-19  
ou d'enfant sujets contacts dans l'établissement du second degré :*

*Je soussigné(e) Mr, Mme : \_\_\_\_\_*

*responsable légal de : \_\_\_\_\_ en classe de : \_\_\_\_\_*

*certifie sur l'honneur que :*

*mon enfant a présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 le :*

*Il a consulté un médecin qui :*

*a prescrit un test RT-PCR qui s'est avéré :  positif  négatif*

*n'a pas prescrit de test RT-PCR*

*a établi un diagnostic différentiel du COVID-19*

*Mon enfant revient dans l'établissement le : \_\_\_\_\_ sans fièvre.*

*mon enfant étant sujet contact à risque réalisé un test 7 jours après le dernier  
contact avec le cas confirmé et que celui-ci est :*

*négatif, il peut revenir en cours*

*positif, il revient en fonction de l'isolement prescrit par le médecin  
le : \_\_\_\_\_*

Date et Signature du parent :