

**PERSONNES À RISQUE ÉLEVÉ  
EXPOSITION À LA COVID-19**

**DEMANDE DE RÉAFFECTATION**

**CE FORMULAIRE EST DESTINÉ AUX PERSONNES SALARIÉES APTES AU TRAVAIL, QUI APPARTIENNENT À UN GROUPE D'INDIVIDUS CONSIDÉRÉ À RISQUE PLUS ÉLEVÉ DE COMPLICATIONS GRAVES EN CAS D'INFECTION À LA COVID-19, PAR LES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE, OU QUI RÉSIDENT AVEC UNE PERSONNE APPARTENANT À L'UN DE CES GROUPES.**

La commission scolaire est soucieuse de protéger l'ensemble de son personnel et des élèves des risques que présente la COVID-19. Des mesures de prévention efficaces sont mises en place et la collaboration de tous et chacun est demandée afin de les respecter. Toutefois, en raison des risques plus élevés que présente la COVID-19 auprès de certains groupes d'individus, des mesures particulières doivent parfois être considérées.

Si vous, ou une personne avec qui vous résidez, faites partie d'un groupe identifié par les autorités de santé publique québécoise, nous vous invitons à remplir ce formulaire et à nous le retourner dans les meilleurs délais.

IDENTIFICATION	
NOM :	PRÉNOM :
MATRICULE :	TITRE D'EMPLOI :
ADRESSE :	
TÉLÉPHONE :	DATE DE NAISSANCE :     /     / ANNÉE   MOIS   JOUR
APPARTENANCE À UN GROUPE D'INDIVIDUS À RISQUE	
<input type="checkbox"/> J'appartiens à un groupe d'individus à risque	<input type="checkbox"/> Je réside avec une personne appartenant à un groupe d'individus à risque <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre précisez : _____ Âge : _____
<input type="checkbox"/> Personnes âgées de 60 ans et plus	
<input type="checkbox"/> Personnes ayant une <b>condition médicale sous-jacente</b> (ex. : maladies pulmonaires chroniques, troubles cardiaques, insuffisance rénale) Précisez le diagnostic : _____ Précisez les traitements : _____	
<input type="checkbox"/> Personnes ayant un <b>système immunitaire affaibli</b> (ex. : chimiothérapie) Précisez la cause : _____	
Y A-T-IL DES COMMENTAIRES OU DES PRÉCISIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS PARTAGER AU SUJET DE VOTRE DEMANDE? (Facultatif) _____ _____ _____	
ATTESTATION ET AUTORISATION	INITIALES
JE, SOUSSIGNÉ(E), ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT COMPLETS ET EXACTS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.	
SUR DEMANDE, JE M'ENGAGE À FOURNIR, À LA COMMISSION SCOLAIRE, LES PIÈCES JUSTIFICATIVES NÉCESSAIRES.	
J'AUTORISE LA COMMISSION SCOLAIRE À COMMUNIQUER AVEC MON MÉDECIN OU MA CLINIQUE MÉDICALE AFIN DE VALIDER LES INFORMATIONS CONCERNANT MON ÉTAT DE SANTÉ INDIQUÉ DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE.	
JE RECONNAIS QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION POURRAIT ENTRAÎNER DES MESURES ADMINISTRATIVES OU DISCIPLINAIRES DE LA PART DE LA COMMISSION SCOLAIRE.	
SIGNATURE DE LA PERSONNE SALARIÉE	DATE
	ANNÉE   /    / MOIS    JOUR

Remplir ce formulaire et le transmettre à la commission scolaire dans les meilleurs délais à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_