**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**Elève présentant des symptômes**

Je soussigné(e) :

**[Prénom et Nom]**

demeurant :

**[Adresse]**

représentant légal de :

**[Prénom et Nom de l’élève]**

atteste sur l'honneur que

* mon enfant présente depuis le ………………… [date du constat des symptômes] des signes évocateurs de la Covid-19 ;
* le médecin qui a été consulté à la suite de l’apparition de signes évocateurs n’a pas diagnostiqué une suspicion de la Covid-19 et n’a pas prescrit de test RT-PCR ou que le résultat du test RT-PCR ou antigénique nasopharyngé qui a été réalisé est négatif.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **………………………….. [commune]**, le …………………..**[date]**

Signature

……………………………………………

**[Prénom] [Nom]**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**Retour de quarantaine des contacts à risque (élève de maternelle)**

Je soussigné(e) :

**[Prénom et Nom]**

demeurant :

**[Adresse]**

représentant légal de :

**[Prénom et Nom de l’élève]**

atteste sur l'honneur que

* mon enfant, identifié comme contact à risque, ne présente pas de symptômes évocateurs de la Covid-19 à l’issue de la quarantaine de 7 jours.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **………………………….. [commune]**, le …………………..**[date]**

Signature

……………………………………………

**[Prénom] [Nom]**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**Retour de quarantaine des contacts à risque (élèves en élémentaire, collégien ou lycéen)**

Je soussigné(e) :

**[Prénom et Nom]**

demeurant :

**[Adresse]**

représentant légal de :

**[Prénom et Nom de l’élève]**

atteste sur l'honneur que

* le résultat du test RT-PCR ou antigénique nasopharyngé réalisé le ………………… [date du test] (7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé ou la fermeture de la classe) est négatif.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **………………………….. [commune]**, le …………………..**[date]**

Signature

……………………………………………

**[Prénom] [Nom]**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**Elève vacciné ou ayant contracté la COVID-19 depuis moins de deux mois**

Je soussigné(e) :

**[Prénom et Nom]**

demeurant :

**[Adresse]**

représentant légal de :

**[Prénom et Nom de l’élève]**

atteste sur l'honneur que, suite à l’identification comme contact à risque de mon enfant, il remplit l’une des conditions dans lesquelles le respect d’une quarantaine n’est pas requis à savoir :

* il présentait un schéma vaccinal complet[[1]](#footnote-2) à la date du dernier contact avec le cas confirmé (il est donc contact à risque modéré)[[2]](#footnote-3) ;

OU

* il avait un antécédent de Covid-19 de moins de deux mois à la date du dernier contact avec le cas confirmé (il est donc contact à risque négligeable).

Dans le premier cas de figure, je m’engage à ce que mon enfant fasse **immédiatement et sept jours après le dernier contact** avec le cas confirmé un test de dépistage (RT-PCR, RT-LAMP ou un test antigénique nasopharyngé).

Des contrôles du statut des contacts à risque sont assurés par l’Assurance maladie en lien avec les personnels de santé de l’éducation nationale.

Fait à **………………………….. [commune]**, le …………………..**[date]**

Signature

……………………………………………

**[Prénom] [Nom]**

1. 7 jours après la 2e injection pour les vaccins à double injection (Pfizer, Moderna, AstraZeneca) ;

   28 jours après l'injection pour les vaccins avec une seule injection (Johnson & Johnson) ;

   7 jours après l'injection pour les vaccins chez les personnes ayant eu un antécédent de Covid (1 seule injection). [↑](#footnote-ref-2)
2. Si votre enfant est atteint d’immunodépression grave, alors la quarantaine est requise. [↑](#footnote-ref-3)