

**DEMANDE D’EXEMPTION**

**Coronavirus (COVID-19)**

**Année scolaire 2021-2022**

Le 18 août dernier, le ministère de l'Éducation a fourni des précisions concernant les services éducatifs pouvant être offerts aux élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire qui pourraient ne pas être en mesure de se présenter dans les établissements scolaires au cours des prochains mois en raison de la COVID-19. La situation épidémiologique, le statut vaccinal et les motifs liés à l’environnement immédiat qui donnaient droit à cette exception l’année dernière ont évolué. La santé publique a donc émis de nouvelles directives aux médecins à ce sujet.

Le présent questionnaire permet d’évaluer si votre enfant doit être retiré de l’école étant donné que sa condition de santé (ou celle d’une personne avec qui il réside) est identifiée comme étant à risque de complications graves s’il advenait qu’il contracte le coronavirus (COVID-19).

**Vous devez fournir obligatoirement avec cette demande un certificat médical récent attestant du motif médical l’empêchant de fréquenter un établissement scolaire.**

Afin de compléter l’information, le service santé du Centre de services scolaire des Navigateurs pourra vous contacter ou contacter votre médecin traitant pour obtenir des informations supplémentaires.

La demande et le certificat médical devront être acheminés au [srh.sante@csnavigateurs.qc.ca](mailto:srh.sante@csnavigateurs.qc.ca)**.**

En réponse à cette demande, vous recevrez par courriel la décision rendue. Nous vous contacterons par la suite pour vous informer des services qui seront offerts à votre enfant et des modalités.

Pour toutes questions supplémentaires, nous vous invitons à communiquer avec votre école de quartier.

Je vous souhaite une bonne rentrée!

Une image contenant texte

Description générée automatiquement

**IDENTIFICATION DE L’ENFANT**

|  |
| --- |
| Nom de l’enfant : |
| Date de naissance : |
| Nom de l’établissement scolaire : |
| Degré scolaire : |
| Programme (s’il y a lieu) : |

**IDENTIFICATION DU PARENT QUI PRÉSENTE LA DEMANDE**

|  |
| --- |
| Nom du parent responsable : |
| Numéro de téléphone pour vous joindre : |

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PRÉSENTANT UN PROBLÈME DE SANTÉ**

|  |
| --- |
| Nom de la personne : |
| Lien avec l’enfant (si ce n’est pas lui qui présente le problème de santé) : |

**QUESTIONNAIRE**

|  |
| --- |
| Questionnaire |
| **Encadré 1.**  **Maladies chroniques identifiées comme facteur de risque de complications de la COVID-19**   * Maladies cardiovasculaires excluant une hypertension contrôlée. * Maladies respiratoires chroniques excluant un asthme contrôlé. * Maladies rénales chroniques. * Maladies hépatites chroniques * Diabète de type 1 ou 2. * Obésité à partir d’un IMC de 30 kg/m2 * Condition médicale entraînant une diminution de l’évaluation des sécrétions respiratoires ou des risques d’aspiration (ex : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires). * Toute condition médicale ou maladie chronique diagnostiquée et associée à un risque de complication de la COVID-19 selon l’avis du médecin traitant. |
| **Encadré 2.**  **Maladies chroniques identifiées comme facteur de risque de complications de la COVID-19**   * Angine de classe 11 à IV selon la classification de la Société canadienne de cardiologie. * Infarctus du myocarde récent, soit au cours des trois derniers mois. * Insuffisance cardiaque de stade 3 ou 4, selon la classification du New York Heart Association (5,6) * Cardiomyopathie cyanogène ou congénitale. * Hospitalisation pour insuffisance cardiaque récente, soit au cours des trois derniers mois. * Une angioplastie ou une chirurgie cardiaque ou vasculaire récente, soit au cours des trois derniers mois. * Arythmie cardiaque non contrôlée (fibrillation auriculaire rapide, flutter, blocs de haut grade).   **Maladies respiratoires chroniques**   * Asthme sévère selon les critères de la Société canadienne de thoracologie. * Maladie respiratoire chronique associée à une dyspnée de grade 3 ou 4 selon l’échelle de dyspnée modifiée du Conseil de la recherche médicale du Royaume-Uni. * Maladie respiratoire chronique Instable (dyspnée augmentée, tolérance à l’effort diminuée, exacerbation répétée). * Tests des fonctions respiratoires démontrant un syndrome obstructif ou restrictif sévère (VEMS moins de 50%) * Hospitalisation ou prise de corticostéroïdes oraux au cours des trois derniers mois pour une maladie respiratoire chronique exacerbée. * Oxygénothérapie ambulatoire.   **Maladies rénales chroniques**   * Débit de filtration glomérulaire (DGF) inférieur à 45. * Dialyse   **Maladies hépatiques chroniques**   * Cirrhose hépatique stade 3 ou 4 selon le score Child-Pugh.   **Diabète**   * Complications microvasculaires ou macrovasculaires d’un diabète de type 1 ou 2   (ex : neuropathie, néphropathie, rétinopathie, etc.).  **Obésité**   * IMC de 40 kg/m2 ou plus   **Critères applicables à l’ensemble des maladies chroniques**   * Complication(s) récente(s) d’une maladie chronique de l’encadré 1 nécessitant une hospitalisation ou un suivi médical étroit au cours des trois derniers mois. * Avis du médecin traitant d’un risque de complications de la COVID-19 en lien avec une maladie de l’encadré 1 suivant une évaluation médicale. |
| **Source :** Avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques- 26 juillet 2021 – Version 4.0  https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2967\_protection\_travailleurs\_sante  \_maladies\_chroniques-covid19.pdf |
| **\*\*\*\*\*\*\* Ne pas oublier de joindre l’avis médical de votre médecin \*\*\*\*\*\*\*** |

|  |  |
| --- | --- |
| J’autorise, par la présente, la clinique ou autre établissement de santé à transmettre les dossiers et renseignements médicaux pertinents de façon confidentielle au service de santé du CSSDN. | |
| Signature du parent : | Date : |
| Nom du médecin traitant : | |
| Nom et adresse et coordonnées de la clinique : | |

CSSDN août 2021