

**DÉCLARATION D’UNE ABSENCE EN LIEN AVEC LA COVID-19**

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LA PERSONNE SALARIÉE QUI EST ABSENTE DU TRAVAIL**

**EN LIEN AVEC LA COVID-19.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE** | | | |
| **NOM :** | | **PRÉNOM :** | |
| **MATRICULE :** | | **ÉTABLISSEMENT :** | |
| **SÉLECTIONNEZ LE MOTIF D’ABSENCE QUI S’APPLIQUE À VOTRE SITUATION** | | | |
| **J’ai contracté la COVID-19**   1. Période d’absences :   **au**  **Commentaire :**  J’ai passé un test de dépistage :  Date du test de dépistage :  Précisez le type de test :  Test de dépistage ou test rapide dans un centre de dépistage  Auto-dépistage à la maison  Date du premier symptôme de COVID :   1. Statut vaccinal :   Je suis une personne adéquatement protégée \*\* ayant eu la COVID il y a moins de 2 mois.  Je suis une personne ayant eu ou non la COVID il y a plus de 2 mois.  Je suis une personne non vaccinée.   1. Prestation de travail :   Mon état de santé me permet d’exercer ma prestation de travail en télétravail  Mon état de santé ne me permet pas d’exercer ma prestation de travail en télétravail. | | **Je suis un contact à risque élevé d’un cas positif**  *Exemple de contact : Personne habitant le même domicile, les partenaires sexuels et les couples qui n’habitent pas ensemble.*   1. Période d’absences (isolement) :   **au**  **Commentaire :**   1. Date du contact avec le cas positif :   Je suis une personne vaccinée ayant eu ou non la COVID (pas d’isolement).  Je suis une personne non vaccinée ayant eu la COVID (pas d’isolement).  Je suis une personne non vaccinée n’ayant pas eu la Covid (isolement 5 jours). | |
| **J’ai des symptômes et j’ai passé un test rapide qui s’est avéré négatif. Je dois m’isoler pendant 24 heures**  Date du premier test :  Date du deuxième test :  Précisez le résultat du test :  Positif  Négatif  Périodes d’absences :  **au**  **Commentaire :** | **Je ne suis pas en isolement, mais ma présence est requise auprès de mon enfant**  Périodes d’absences :  **au**  **Commentaire :**  *Exemples :*   * *Je suis en attente pour un test de dépistage ou du résultat d’un test de dépistage pour un enfant qui présente des symptômes associés à la COVID-19.* * *Je suis en attente pour un test de dépistage ou du résultat d’un test de dépistage pour un enfant qui a été en contact avec un cas confirmé.* | | **Je suis en isolement au retour d’un voyage personnel avec ou sans symptômes**  Période d’absences :  **au**  **Commentaire :** |
| **Déclaration de la personne salariée** | | | |
| J’atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et je m’engage, sur demande, à présenter à mon employeur les pièces justificatives appropriées. | | | |
| **SIGNATURE DE LA PERSONNE SALARIÉE** | | **DATE** | |
|  | | | |
| **TAPER VOTRE NOM, SUIVI DE « JE CONFIRME » FERA OFFICE DE SIGNATURE EN CAS DE TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE.** | |  | |

**Ce formulaire est à remplir et à transmettre à votre supérieur ou au secrétariat de votre établissement.**

\*\* Dans le contexte de la gestion des cas de COVID-19 et de leurs contacts, une personne est considérée comme adéquatement protégée lorsqu’elle est a eu la COVID il y a moins de 2 mois.

|  |  |
| --- | --- |
| **Section réservée au supérieur immédiat**  **Sélectionnez la situation applicable pour le traitement de la paie** | |
| 1. Traitement maintenu selon l’horaire connu et convenu        Période d’absence au   Situations :   * **Symptômes en attente d’un test** - Pour les personnes ayant eu ou non la COVID il y a plus de 2 mois. * **Positif COVID** – Pour les personnes ayant eu ou non la COVID il y a plus de 2 mois.  1. Absence sans maintien du traitement        Période d’absence au   Situations :   * **Période d’isolement -** Contact à risque élevé pour un ou une employé(e) non vaccinée(e) n’ayant jamais eu la COVID (je n’ai pas autorisé l’employé(e) à réaliser sa prestation de travail en télétravail). * **Période d’isolement –** Employé(e) au retour d’un voyage personnel. * **Période d’isolement de 5 jours supplémentaires–** Employé(e) non vacciné(e) ayant toujours un résultat positif après les 5 premiers jours d’isolement.   Cocher le motif d’absence autorisé :  Affaires personnelles  Vacances  Temps compensé  Absence sans traitement   1. Absence pour responsabilités familiales        Période d’absence au   Présence de l’employé requise auprès de son enfant  Motif d’absence : Responsabilité familiale   1. Employé qui n’est pas apte au travail (dont l’état de santé ne lui permet pas de réaliser sa prestation de travail).   Motif d’absence : maladie Période d’absence au | |
| **aUTORISATION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT** | |
| Commentaire : | |
| **Signature du supérieur immédiat** | **Date** |
|  | |

SRH 10 mai 2022