

**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[ ]  NégatifPériodes 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 traitement1. *[ ]* Absence pour responsabilités familiales        Période d’absence au

Présence de l’employé requise auprès de son enfantMotif 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