

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

Test rapide à la maison ou au travail

Date du premier symptôme de COVID :

2. Statut vaccinal :

Je suis une personne 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.

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 :

2. 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 PCR. Je dois m'isoler dans l'attente de mon résultat

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.

SECTION RÉSERVÉE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

Sélectionnez la situation applicable pour le traitement de la paie

A. La direction autorise le télétravail de l'employé(e) puisqu'il ou qu'elle est apte au travail et ne nécessite pas de remplacement.
Traitement maintenu selon l'horaire connu et convenu.

Période d'absence au

B. Absence sans maintien du traitement

Période d'absence au

Cocher le motif d'absence autorisé :

Affaires personnelles

Vacances

Temps compensé

Absence sans traitement

C. Absence pour responsabilités familiales

Période d'absence au

Commentaire :

Signature du supérieur immédiat


Date