



Commission scolaire
des Grandes-Seigneuries

PERSONNES À RISQUE ÉLEVÉ EXPOSITION À LA COVID-19

DEMANDE DE RÉAFFECTATION EN TÉLÉTRAVAIL

CE FORMULAIRE EST DESTINÉ AUX PERSONNES SALARIÉES APTES AU TRAVAIL, QUI APPARTIENNENT À UN GROUPE D'INDIVIDUS CONSIDÉRÉ À RISQUE PLUS ÉLEVÉ DE COMPLICATIONS GRAVES EN CAS D'INFECTION À LA COVID-19, PAR LES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE, OU QUI RÉSIDENT AVEC UNE PERSONNE APPARTENANT À L'UN DE CES GROUPES.

La commission scolaire est soucieuse de protéger l'ensemble de son personnel et des élèves des risques que présente la COVID-19. Des mesures de prévention efficaces sont mises en place et la collaboration de tous et chacun est demandée afin de les respecter. Toutefois, en raison des risques plus élevés que présente la COVID-19 auprès de certains groupes d'individus, des mesures particulières doivent parfois être considérées.

Si vous faites partie d'un groupe identifié par les autorités de santé publique québécoise, nous vous invitons à remplir ce formulaire et à nous le retourner dans les meilleurs délais.

IDENTIFICATION

NOM :

PRÉNOM :

MATRICULE :

TITRE D'EMPLOI :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

DATE DE
NAISSANCE : / /
ANNÉE MOIS JOUR

APPARTENANCE À UN GROUPE D'INDIVIDUS À RISQUE

Personnes âgées de 60 ans et plus

Personnes ayant une **condition médicale sous-jacente** (maladie affaiblissant le système immunitaire, maladie inflammatoire ou chronique, être atteint d'un cancer ou en traitement ou en rémission (moins de 5 ans suivant la fin les traitements))

Précisez le diagnostic : _____

Précisez les traitements : _____

Personnes enceintes

Personnes en attente d'un **résultat d'un test de Covid-19**

Y A-T-IL DES COMMENTAIRES OU DES PRÉCISIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS PARTAGER AU SUJET DE VOTRE DEMANDE? (Facultatif)

ATTESTATION ET AUTORISATION

INITIALES

JE, SOUSSIGNÉ(E), ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT COMPLETS ET EXACTS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE.

JE M'ENGAGE À FOURNIR, À LA COMMISSION SCOLAIRE, LES PIÈCES JUSTIFICATIVES NÉCESSAIRES.

J'AUTORISE LA COMMISSION SCOLAIRE À COMMUNIQUER AVEC MON MÉDECIN OU MA CLINIQUE MÉDICALE AFIN DE VALIDER LES INFORMATIONS CONCERNANT MON ÉTAT DE SANTÉ INDICÉ DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE.

SIGNATURE DE LA PERSONNE SALARIÉE

DATE

ANNÉE / /
MOIS JOUR

Remplir ce formulaire et le transmettre à la commission scolaire dans les meilleurs délais à l'adresse

suivante : sarah.laforest-rochon@csdgs.net