**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**RETOUR EN CLASSE**

Je soussigné(e) :

**[Prénom et Nom]**

demeurant :

**[Adresse]**

représentant légal de :

**[Prénom et Nom de l’élève]**

atteste sur l'honneur que :

* mon enfant ne présente pas de signes évocateurs de la Covid-19

\*date ou durée de l’absence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*motif de l’ absence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* le médecin qui a été consulté à la suite de l’apparition de signes évocateurs n’a pas diagnostiqué une suspicion de la Covid-19 et n’a pas prescrit de test RT-PCR ou que le résultat du test RT-PCR ou antigénique nasopharyngé qui a été réalisé est négatif(le remettre à l’enseignant.e)
* si mon enfant est contact à risque ou que sa classe a été fermée, le résultat du test RT-PCR naso-pharyngés ou antigénique ou salivaires réalisé le ………………… [date du test] est négatif.

**Dans ce dernier cas, le résultat du test est obligatoirement à remettre à l’enseignant.e dès le retour en classe.**

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **………………………….. [commune]**, le …………………..**[date]**

Signature