

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR Elève présentant des symptômes

Je soussigné(e) :  
**[Prénom et Nom]**

demeurant :  
**[Adresse]**

représentant légal de :  
**[Prénom et Nom de l'élève]**

atteste sur l'honneur que

- mon enfant présente depuis le ..... [date du constat des symptômes] des signes évocateurs de la Covid-19 ;
- 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.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

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

Signature

.....  
**[Prénom] [Nom]**

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

### Retour de quarantaine des contacts à risque (élèves en élémentaire, collégien ou lycéen)

Je soussigné(e) :  
**[Prénom et Nom]**

demeurant :  
**[Adresse]**

représentant légal de :  
**[Prénom et Nom de l'élève]**

atteste sur l'honneur que

- le résultat du test RT-PCR ou antigénique nasopharyngé réalisé le ..... [date du test] (7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé ou la fermeture de la classe) est négatif.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

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

Signature

.....  
**[Prénom] [Nom]**

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR

## Elève vacciné ou ayant contracté la COVID-19 depuis moins de deux mois

Je soussigné(e) :  
**[Prénom et Nom]**

demeurant :  
**[Adresse]**

représentant légal de :  
**[Prénom et Nom de l'élève]**

atteste sur l'honneur que, suite à l'identification comme contact à risque de mon enfant, il remplit l'une des conditions dans lesquelles le respect d'une quarantaine n'est pas requis à savoir :

- il présentait un schéma vaccinal complet<sup>1</sup> à la date du dernier contact avec le cas confirmé (il est donc contact à risque modéré)<sup>2</sup> ;  
OU
- il avait un antécédent de Covid-19 de moins de deux mois à la date du dernier contact avec le cas confirmé (il est donc contact à risque négligeable).

Dans le premier cas de figure, je m'engage à ce que mon enfant fasse **immédiatement et sept jours après le dernier contact** avec le cas confirmé un test de dépistage (RT-PCR, RT-LAMP ou un test antigénique nasopharyngé).

Des contrôles du statut des contacts à risque sont assurés par l'Assurance maladie en lien avec les personnels de santé de l'éducation nationale.

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

Signature

.....  
**[Prénom] [Nom]**

---

<sup>1</sup> 7 jours après la 2e injection pour les vaccins à double injection (Pfizer, Moderna, AstraZeneca) ;  
28 jours après l'injection pour les vaccins avec une seule injection (Johnson & Johnson) ;  
7 jours après l'injection pour les vaccins chez les personnes ayant eu un antécédent de Covid (1 seule injection).  
<sup>2</sup> Si votre enfant est atteint d'immunodépression grave, alors la quarantaine est requise.