

Dans un souci d'offrir des sessions d'examens et des formations dans un milieu sécuritaire et d'éviter une contagion communautaire des services d'urgence, l'École nationale des pompiers du Québec (ENPQ) exige que le gestionnaire de formation responsable valide l'état de santé de chaque candidat, instructeur, moniteur, surveillant, lecteur, appariteur ou responsable du respect du *Protocole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19* qui se présente à une session d'examen ou à une formation en utilisant cette *Déclaration de bonne santé COVID-19*.

La personne identifiée dans le tableau *Identification de l'individu et de la formation ou de l'examen* doit répondre à toutes les questions du mieux qu'elle peut.

Identification de l'individu et de la formation ou de l'examen	
Rôle de l'individu : (Cocher SVP)	<input type="checkbox"/> Candidat <input type="checkbox"/> Instructeur <input type="checkbox"/> Responsable du formulaire <i>Déclaration de bonne santé COVID-19</i> et du respect du <i>Procole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19</i>
	<input type="checkbox"/> Surveillant <input type="checkbox"/> Moniteur
	<input type="checkbox"/> Lecteur <input type="checkbox"/> Appariteur
Prénom et nom de l'individu :	_____
	(En lettres moulées)
Code permanent du candidat :	_____
	(Comporte 12 caractères : 4 lettres suivies de 8 chiffres)
(Cocher SVP)	<input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Session d'examen
	<input type="checkbox"/> Pompier I <input type="checkbox"/> Opérateur d'autopompe <input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Pompier II <input type="checkbox"/> Opérateur de véhicule d'élévation
	<input type="checkbox"/> ONU <input type="checkbox"/> Désincarcération
	(Préciser SVP)
Date de la formation ou de l'examen :	_____
	(Jour / Mois / Année)
Commentaires, s'il y a lieu :	_____

Un seul des symptômes suivants (1 - 2 - 3) justifie un retrait immédiat de la formation ou de l'examen.	Oui	Non
1. Est-ce que j'ai un ou plusieurs des symptômes suivants : toux, fièvre (température prise par la bouche égale ou supérieure à 38 °C (100,4 °F), difficultés respiratoires ou perte soudaine de l'odorat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que je suis de retour d'un voyage à l'extérieur du pays depuis moins de 2 semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que je suis en contact avec une personne atteinte ou ayant les symptômes de la COVID-19? (Voir les symptômes décrits à la question 1 ci-dessus.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une réponse «Oui» à au moins deux des trois questions suivantes (A – B - C) justifie un retrait immédiat de la formation ou de l'examen.	Oui	Non
A. Avez-vous un ou plusieurs des symptômes généraux suivants? <ul style="list-style-type: none"> Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente; Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles sans raison évidente; Mal de tête inhabituel; Perte d'appétit. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Avez-vous eu de la diarrhée dans les 12 dernières heures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Avez-vous eu un mal de gorge sans autre cause évidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature de l'individu ayant rempli cette déclaration et du responsable du respect du protocole en lien avec la COVID-19	
Signature de l'individu :	_____
Nom du responsable du respect du protocole :	_____
	(En lettres moulées)
Signature du responsable du respect du protocole :	_____
Date de la signature :	_____
	(Jour / Mois / Année)

IMPORTANT : Après avoir rempli ce formulaire, la personne identifiée dans ce document a la responsabilité d'informer **immédiatement** le gestionnaire de formation de **tout changement** à son état de santé survenu dans les **14 jours** suivant la tenue de l'activité.

REMARQUE : Toute personne exclue d'une formation ou d'un examen par ce questionnaire est invitée à consulter le www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/ ou à composer le 1 877 644 - 4545 (sans frais) pour être dirigée vers la bonne ressource.

Directives au responsable du formulaire *Déclaration de bonne santé COVID-19* et du respect du *Protocole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19*

I. Les réponses aux questions de cette déclaration sont des renseignements de nature personnelle et confidentielle. Le responsable mandaté par le gestionnaire de formation doit prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer de la protection de leur confidentialité. Il doit ensuite retourner ce formulaire à l'ENPQ avec l'examen, après la tenue de celui-ci.

II. Sous la supervision du responsable, cette déclaration doit être dûment remplie :

- Par chaque individu devant prendre part à la formation ou à l'examen (candidat, instructeur, moniteur, surveillant, lecteur, appariteur et responsable du respect du *Protocole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19*);
- Durant l'heure précédant le début de l'activité;
- Dans un local réservé à l'accueil des individus prenant part à l'activité et satisfaisant aux exigences sanitaires du protocole mis en place par le gestionnaire de formation (tel que prévu dans la section **Rôles et responsabilités du gestionnaire de formation** du document intitulé **Protocole de reprise graduelle des activités de formation dans le contexte de la COVID-19** diffusé par l'ENPQ).

IMPORTANT : Le responsable accueille un (1) seul individu à la fois et procède à la désinfection des lieux et du matériel utilisé avant de le recevoir.

III. Avant d'autoriser l'individu à quitter le local pour se diriger vers celui réservé à la tenue de l'examen, le responsable doit s'assurer que :

- Tous les champs sont dûment remplis, ce qui inclut le code permanent s'il s'agit d'un candidat, et les signatures;
- L'individu a coché *Oui* ou *Non* pour chacune des six (6) questions en lien avec les symptômes de la COVID-19.

IMPORTANT : Le responsable doit **refuser l'accès au local d'examen** et inviter à **retourner immédiatement à la maison** toute personne :

- ✓ Ayant répondu *Oui* à l'une des questions 1 – 2 – 3;
- ✓ Ayant répondu *Oui* à au moins deux des trois questions A – B – C;
- ✓ Ayant refusé de remplir et signer la *Déclaration de bonne santé COVID-19*.

IV. Dans les meilleurs délais, le responsable doit informer le gestionnaire de la situation ci-dessus décrite afin que celui-ci procède à une demande de crédit ou de remboursement des frais d'examen de l'individu refusé.

IMPORTANT : Le gestionnaire de formation doit être immédiatement informé de tout changement, survenu dans les 14 jours suivant la tenue de l'activité, à l'état de santé de la personne ayant rempli cette déclaration afin de prendre les mesures nécessaires et d'en faire le suivi auprès de l'ENPQ.