

**DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ DE CINCINNATI
PROGRAMME DE SANTÉ DES ÉCOLES ET DES ADOLESCENTS**

1. **Le résultat du test COVID-19 de l'élève est le suivant :** POSITIF : _____ NÉGATIF : _____
2. **Si le test n'a pas été effectué ou s'il est négatif :** Diagnostic alternatif : _____

Signature du prestataire de santé : _____ **Numéro de téléphone :** _____ **Date :** _____

Veillez renvoyer le formulaire renseigné à l'infirmière de l'école ou le faxer à : Numéro fax 513-357-2811