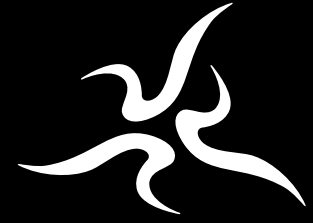




**COVID-19**  
CORONAVIRUS



**M O N C T O N**

# NOTICE

## **Parental / Self Confirmation and Acknowledgment of Screening Responsibility**

I, \_\_\_\_\_, hereby acknowledge that  
(name of parent/guardian/self)

I understand my responsibilities for the screening of my  
\_\_\_\_\_ (child/children/self) for COVID-19 symptoms  
prior to bringing my child/children/self to Superior Propane Centre  
every day.

I understand that bringing my child/children/self to the above-named  
facility signifies that I take full responsibility and attest that all  
questions in the screening questionnaire were answered with a "no".

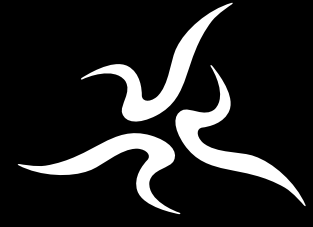
\_\_\_\_\_

(parent signature)

Date: \_\_\_\_\_



**COVID-19**  
CORONAVIRUS



**M O N C T O N**

# NOTICE

## **Confirmation et reconnaissance par les parents de la responsabilité en matière de dépistage**

Je, \_\_\_\_\_, reconnais par les présentes  
(Nom du parent/tuteur )

que je comprends mes responsabilités en matière de dépistage des  
symptômes de la COVID-19 chez mon enfant ou mes enfants  
\_\_\_\_\_ avant d'emmener mon enfant/mes enfants à  
Centre Superior Propane chaque jour.

Je comprends qu'en emmenant mon enfant/mes enfants à  
l'établissement susmentionné, j'assume l'entière responsabilité et  
j'atteste que toutes réponses aux questions du questionnaire de  
dépistage étaient « non ».

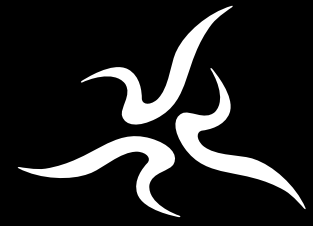
\_\_\_\_\_

(signature du parent)

Date: \_\_\_\_\_



**COVID-19**  
CORONAVIRUS



**M O N C T O N**

# NOTICE

## SCREENING FOR COVID-19

**PLEASE DO NOT  
ENTER THE BUILDING  
WITHOUT ANSWERING THE  
FOLLOWING QUESTIONS:**

**1**

**DO YOU HAVE AT LEAST TWO OF  
THE FOLLOWING SYMPTOMS: FEVER  
ABOVE 38°C, A NEW OR WORSENING  
CHRONIC COUGH, A SORE THROAT,  
A RUNNY NOSE, A HEADACHE?)**



**IF YOU ANSWERED YES**  
to **question 1**, self-isolate  
immediately and call 811 or  
your family physician for further  
direction.

**2**

**HAVE YOU RETURNED FROM TRAVEL  
OUTSIDE OF ATLANTIC CANADA OR  
OUTSIDE OF CANADA WITHIN THE  
LAST 14 DAYS?**



**IF YOU ANSWERED YES**  
to **question 2 or 3**, self-isolate. If  
you have or develop symptoms,  
call 811 or your family physician.

**3**

**HAVE YOU HAD CLOSE CONTACT  
WITHIN THE LAST 14 DAYS WITH A  
CONFIRMED CASE OF COVID-19?**

**4**

**HAVE YOU HAD CLOSE CONTACT  
WITHIN THE LAST 14 DAYS WITH A  
PERSON BEING TESTED FOR  
COVID-19?**



**IF YOU ANSWERED YES**  
to **question 4**, you may enter  
the building however you must  
self-monitor for symptoms. If  
symptoms develop, self-isolate  
and call 811.



**COVID-19**  
CORONAVIRUS



MONCTON

# AVIS

## CONTRÔLE POUR LA COVID-19

**VEUILLEZ RÉPONDRE AUX  
QUESTIONS SUIVANTES  
AVANT D'ENTRER  
DANS LE BÂTIMENT :**

**1**

**PRÉSENTEZ-VOUS AU MOINS DEUX DES  
SYMPTÔMES SUIVANTS : UNE FIÈVRE  
SUPÉRIEURE À 38°C, UNE NOUVELLE  
TOUX OU UNE TOUX CHRONIQUE QUI  
S'AGGRAVE, UN MAL DE GORGE, UN  
ÉCOULEMENT NASAL, UN MAL DE TÊTE?**

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI**  
à la **question 1**, veuillez vous auto-  
isoler immédiatement et téléphonez  
au 811 ou à votre médecin de famille  
pour obtenir d'autres directives.

**2**

**ÊTES-VOUS REVENU DE L'EXTÉRIEUR  
DU PROVINCES DU CANADA  
ATLANTIQUE OU DU CANADA DANS  
LES 14 DERNIERS JOURS?**

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI**  
à la **question 2 ou 3**, veuillez vous  
auto-isoler immédiatement. Si  
vous avez des symptômes ou des  
symptômes apparaissent, téléphonez  
au 811 ou à votre médecin de famille.

**3**

**AVEZ-VOUS ÉTÉ EN CONTACT ÉTROIT  
DANS LES 14 DERNIERS JOURS AVEC UN  
CAS CONFIRMÉ DE LA COVID-19?**

**4**

**AVEZ-VOUS ÉTÉ EN CONTACT ÉTROIT  
DANS LES 14 DERNIERS JOURS AVEC  
UNE PERSONNE TESTÉE POUR LA  
COVID-19?**

**SI VOUS AVEZ RÉPONDEZ OUI**  
à la **question 4**, vous pouvez entrer,  
par contre vous devez surveiller  
l'apparition de symptômes. Si des  
symptômes apparaissent, veuillez  
vous auto-isoler et téléphoner au 811.