COUR SUPRÊME DU YUKON ET COUR TERRITORIALE DU YUKON

**DÉCLARATION RELATIVE À LA COVID-19**

Je, [*nom complet*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, [*adresse*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DÉCLARE, le \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ :

1. Au cours des 14 derniers jours, je n’ai pas voyagé à l’extérieur du Yukon.
2. Au cours des 14 derniers jours, je n’ai pas été en contact avec une personne qui a voyagé à l’extérieur du Yukon.
3. Au cours des 14 derniers jours, je n’ai pas été en contact avec une personne qui a obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 ou qui présentait des symptômes de la COVID-19.
4. Je ne présente aucun des symptômes suivants qui ne sont pas liés à une condition préexistante:
	1. Fièvre ou frissons;
	2. Toux;
	3. Essoufflement ou difficulté respiratoire;
	4. Perte du goût ou de l’odorat.
	5. Mal de tête;
	6. Écoulement nasal ou congestion nasale;
	7. Mal de gorge;
	8. Fatigue ou faiblesse;
	9. Douleurs musculaires généralisées (non liées à l’effort physique);
	10. Perte d’appétit importante;
	11. Nausée/vomissement;
	12. Diarrhée.

**\*\*Exception :** dans le cas d’un écoulement nasal ou de congestion nasale qui dure plus de 24 heures, si ce symptôme est léger et ne s’aggrave pas, et que vous êtes par ailleurs en santé, vous pouvez vous présenter au palais de justice**\*\***

1. Je n’ai pas de sensation générale de malaise.

En signant le présent document, je déclare que les renseignements fournis sont exacts et véridiques.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature [*déclarant*] Nom en caractères d’imprimerie [*déclarant*]