|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Date de signalement :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  | | | **Ecole ou établissement fréquenté par le(s) cas :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | **Nom et coordonnées du Chef d'établissement :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Informations concernant le Patient COVID + :** | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Date** | | | **Date** | | | **Variante identifiée** | | **Classe** | | **Identification de l'élève COVID positif ou du personnel de l'établissement COVID positif** | | | | | | | **Identification du représentant légal n°1 de l'élève ou identification du personnel de l'établissement COVID positif** | | | | | | | | | **Identification du représentant légal n°2 de l'élève (surtout si adresse différente du représentant légal n°1)** | | | | | | | | | | | **Consentement \*** | | **Autorisation communication identité du PO aux personnes contacts** | |
| Date du dépistage *(JJ/MM/AAAA)* | | | Date éviction: (JJ/MM/AAAA) | | | OUI/NON  Si oui, laquelle ? | | Nom ou N° classe | | NIR avec la clé (15 chiffres) | | **Nom** | | **Prénom** | **Date de naissance** (JJ/MM/AAAA) | | **Nom** | | **Prénom** | | **Téléphone** | | | Adresse mail | | Nom | | | | Prénom | | Tél | | Adresse mail | | | **OUI/**  **NON** | | **OUI /**  **NON** | |
|  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |

*\*J'ai informé l'élève ou ses représentants légaux / le personnel COVID + que ses données ont vocation à être tracées dans un système d'information géré par l'Assurance Maladie visant à identifier les personnes infectées et leurs contacts aux seules fins de lutte contre l'épidémie (obligatoire)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cas contact** | **Classe** | **Identification des élèves cas contacts ou du personnel de l'établissement** | | | | **Identification du représentant légal n°1 de l'élève ou du personnel de l'établissement le cas échéant** | | | | **Identification du représentant légal n°2 de l'élève (surtout si adresse différente du représentant légal n°1)** | | | |
| **Nom ou N° classe** | **Nom (Obligatoire)** | **Prénom (Obligatoire)** | **Date de naissance** (JJ/MM/AAAA) (Obligatoire) | **Date dernier contact avec le cas** | **Nom (Obligatoire)** | **Prénom (Obligatoire)** | **Téléphone (Obligatoire)** | **Adresse mail (Obligatoire)** | **Nom** | **Prénom** | **Téléphone** | **Adresse mail** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cas contact** | **Classe** | **Identification des élèves cas contacts ou du personnel de l'établissement** | | | | **Identification du représentant légal n°1 de l'élève ou du personnel de l'établissement le cas échéant** | | | | **Identification du représentant légal n°2 de l'élève (surtout si adresse différente du représentant légal n°1)** | | | |
| **Nom ou N° classe** | **Nom (Obligatoire)** | **Prénom (Obligatoire)** | **Date de naissance** (JJ/MM/AAAA) (Obligatoire) | **Date dernier contact avec le cas** | **Nom (Obligatoire)** | **Prénom (Obligatoire)** | **Téléphone (Obligatoire)** | **Adresse mail (Obligatoire)** | **Nom** | **Prénom** | **Téléphone** | **Adresse mail** |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |