MERCI DE COMPLETER CE DOCUMENT LISIBLEMENT

Nom de l'établissement scolaire : .....

NOM : ..... **PRENOM :** ..... **Sexe :** ❑H ❑F

Date de naissance : ...../...../.....

Nom de l'assuré : .....

N° SS de l'assuré : ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ ␣ **Caisse SS :** .....

Lieu de résidence actuelle : .....

.....

Téléphone du responsable légal : .....

Adresse mail du responsable légal : ..... @ .....

Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Heure recueil du prélèvement :** _ _ h _ _

Typologie de lieu de résidence :
- ❑ hébergement individuel
- ❑ autre structure d'hébergement collectif (INTERNAT)

Êtes-vous un personnel des écoles, collèges ou lycées ?
❑ OUI ❑ NON

Symptômes : ❑ OUI ❑ NON
Si OUI :
- ❑ apparus le jour ou la veille du prélèvement
- ❑ apparus 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement
- ❑ apparus 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement
- ❑ apparus entre 8 et 14 jours avant le prélèvement
- ❑ apparus entre 15 et 25 jours avant le prélèvement
- ❑ apparus plus de 4 semaines avant le prélèvement

Quels symptômes ? :
❑Fièvre ❑Signes respiratoires ❑Fatigue
❑Syndrome grippal ❑Signes digestifs ❑Insuffisance rénale
❑Perte de goût / odorat ❑Signes cardiaques ❑Signes cutanés

Personne « contact» ?
Avez-vous été en contact avec une personne diagnostiquée COVID + ?

❑OUI ❑NON

Avez-vous voyagé dans les 14 derniers jours ?

❑OUI ❑NON

Si OUI : Où ? (si en France noter le département, si à l'étranger le pays)

.....

Allez-vous voyager dans les 7 prochains jours ?

❑OUI ❑NON

Si OUI : Où ? (si en France noter le département, si à l'étranger le pays)

.....