



Si oui :  médecin éducation nationale  infirmière éducation nationale  autre :

Intervention effectuée :

### **Retour de l'élève à son domicile**

Oui, heure de départ de l'école ou de l'établissement :

Prise en charge de l'élève par :

(Coordonnées parent ou adulte désigné par le parent)

Non, pourquoi :

Si non : quelles suites ont été données :

### **Recherche des cas proches**

Préciser si l'élève, en dehors de sa présence en cours, a assisté à d'autres activités en groupe (club, UNSS, etc.)

Activités scolaires des dernières 24 heures	Date, heure, lieu	Informations données

Activités péri-scolaires des dernières 24 heures	Date, heure, lieu	Informations données

Activités extra-scolaires des dernières 24 heures	Date, heure, lieu	Informations données

### Informations données à d'autres écoles ou établissements scolaires (fratrie)

Écoles, établissements	Date, heure	Personne contactée

### Information de l'autorité hiérarchique :

Par :

Heure :

Personne informée, fonction de la personne informée :

Mode d'information :

Une copie du document doit être conservée au sein de l'établissement scolaire.

Une mention concernant ce protocole doit figurer dans le registre de soins de l'école ou de l'établissement.

**La fiche doit être déclarée dans le registre de traitement de l'établissement (RGPD).**

# Covid-19

## Protocole n° de prise en charge de personnels symptomatiques

**Date :**

Coordonnées de l'école ou de l'établissement :

Nom et prénom du personnel :

personnel éducation nationale

personnel collectivité territoriale

Coordonnées de la personne :

### Symptômes

Symptômes observés ou décrits par la personne	Date et heure de survenue	Évolution constatée

### Actions engagées

- Isolement dans un local :  oui, heure :  non
- Fonction de la personne chargée de la surveillance :
- Appel d'une personne extérieure désignée par la personne concernée :  
 oui, heure :  non
- Contact joignable  oui, heure :  non
- Si oui, réponse de celui-ci :
- Appel du Samu Centre-15 :  oui, heure :  non
- Intervention d'un professionnel de santé présent dans l'établissement :  
 oui, heure :  non

Si oui :  médecin éducation nationale  infirmière éducation nationale  autre :

Intervention effectuée :

### Retour au domicile

Oui, heure de départ de l'école ou de l'établissement :

Seul :             Prise en charge par :

Non, pourquoi :

Si non : quelles suites ont été données :

### Recherche des cas proches

Préciser si le personnel, en dehors de son activité professionnelle habituelle, a encadré d'autres activités

Activités professionnelles des dernières 24 heures	Date, heure, lieu	Informations données

Activités professionnelles hors établissement (formation, etc.) des dernières 24 heures	Date, heure, lieu	Informations données

### Information de l'autorité hiérarchique :

Par :

Heure :

Personne informée, fonction de la personne informée :

Mode d'information :

Une copie du document doit être conservée dans le dossier de la personne au sein de l'établissement scolaire.

**La fiche doit être déclarée dans le registre de traitement de l'établissement (RGPD).**