

Protocole de prise en charge d'un enfant symptomatique Covid-19

A transmettre sans délai par mail à :
b.dayot@ville-bondy.fr
l.cassan@ville-bondy.fr
corinne.eqiner@ac-creteil.fr
katia.sabatini@ac-creteil.fr
cms.93010-001X@ac-creteil.fr

Date : Heure : Nom de l'école/l'accueil périscolaire :
 Nom et prénom de l'enfant :
 Classe/groupe : Nom de l'enseignant.e/animateur.trice :

Coordonnées du responsable légal joint (Nom et Prénom – N° de tél.) :

L'enfant bénéficie-t-il :

☐ d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ☐ d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS)
(Voir fiche sanitaire de l'enfant)

Température de l'enfant : *(considéré fiévreux à partir de 37,8°C)*

Symptômes observés ou décrits par l'enfant :
(Liste des symptômes évocateurs : toux, éternuement, essoufflement, mal de gorge, fatigue, troubles digestifs, sensation de fièvre, etc.)

Actions engagées

Isolement dans un local : ☐ oui ☐ non Port du masque : ☐ oui ☐ non

Nom-Prénom et fonction de l'adulte chargé de la surveillance de l'enfant :

Appel de la famille : ☐ oui ☐ non Famille joignable : ☐ oui ☐ non

Si la famille a été jointe, réponse de celle-ci :

Appel du Samu Centre-15 : ☐ oui ☐ non

Retour de l'enfant à son domicile

Heure de départ de l'école ou de l'accueil :

Prise en charge de l'enfant par qui :

(Coordonnées du/de la représentante légale ou de l'adulte qu'il/elle a désigné)

Transmission de l'information sans délai à :

➤ La hiérarchie :

	Responsable 1	Responsable 2
NOM Prénom		
Fonction		
Heure		
Mode d'information		

➤ La direction de l'accueil périscolaire/de l'école :

Nom de la directrice/du directeur :

Heure : Mode d'information :

Nom et prénom du/de la référent.e* :

(adulte encadrant ayant géré la situation et rempli ce document)*

Signature :

➤ Conserver une copie de ce document au sein de l'école/de l'accueil périscolaire.

➤ Remplir le cahier d'infirmerie.

L'enfant ne pourra revenir en classe qu'après avis favorable du médecin traitant ou du médecin scolaire.