

QUESTIONNAIRE MEDICAL AVANT INCORPORATION

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM _____

PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

IDENTITÉ DU REPRESENTANT LEGAL

NOM _____

PRENOM _____

RESSENTEZ-VOUS LES SIGNES SUIVANTS OU LES AVEZ-VOUS RESSENTI DANS LES 14 DERNIERS JOURS ?

OUI NON

FIÈVRE

TOUX

ÉTAT DE FATIGUE ANORMAL

PERTE DU GOÛT

PERTE DE L'ODORAT

DIARRHÉE

DANS LES 14 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS ÉTÉ EN CONTACT AVEC UNE PERSONNE PRÉSENTANT LES SYMPTÔMES LISTÉS CI-DESSUS ?

OUI NON

DATE ET SIGNATURE DE L'ÉLÈVE/DU REPRESENTANT LEGAL

CONSIGNES PARTICULIÈRES

- Une réponse OUI au questionnaire doit être signalée à votre antenne médicale de rattachement sans délais ;
- Tout symptôme apparaissant avant votre reprise devra être signalé sans délais (HO – HNO) à votre antenne médicale de rattachement ;
- Ce questionnaire est à adresser à votre antenne médicale de rattachement à l'adresse suivante : amg55.chaumont@gendarmerie.interieur.gouv.fr

ANALYSE DU QUESTIONNAIRE PAR UN PERSONNEL SOIGNANT DU SSA AVANT REPRISE

DATE – TIMBRE – SIGNATURE DU SOIGNANT