**Personnels contact à risque (1er et 2nd degré)**

 **LIEU, le ../../….**

**Objet : Survenue d’un cas confirmé au sein de votre établissement d’exercice**

Madame, Monsieur,

Votre école/établissement fait l’objet de mesures spécifiques du fait de la survenue d’un ou plusieurs cas confirmés de COVID-19.

Vous avez été en contact rapproché avec un cas confirmé et identifié comme contact à risque.

 La conduite à tenir est différente selon votre schéma vaccinal.

* **Vous justifiez d’un schéma vaccinal complet et que vous n’êtes pas atteint d’immunodépression grave :**
* Vous devez réaliser immédiatement un test de dépistage Covid-19 (RT-PCR, RT LAMP ou test antigénique nasopharyngé)
* puis réaliser des autotests à J+2 et J+4 de la date du premier test.

Ces autotests seront délivrés gratuitement en pharmacie lors de la réalisation du premier test ou sur présentation de la preuve du premier dépistage réalisé en laboratoire.

Dans ces conditions, la quarantaine ne s’applique pas et vous pouvez vous rendre sur votre lieu de travail en veillant strictement au respect des gestes barrières.

* **Vous ne justifiez pas d’un schéma vaccinal complet**

Vous devez rester isolé jusqu’au XXX inclus (soit 7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé) et réaliser un test de dépistage Covid-19 (RT-PCR, RT LAMP ou test antigénique nasopharyngé à l’issue de l’isolement (ou avant en cas de survenue de symptômes).

Le retour dans l’établissement scolaire après l’isolement de 7 jours ne sera possible que si le test à J7 est réalisé et si son résultat est négatif.

En cas de non réalisation du test, l’isolement sera prolongé jusqu’à 14 jours.

Si toutefois vous avez contracté la Covid-19 au cours des deux derniers mois, alors l’isolement et l’obligation de dépistage ne sont pas requis.

Une attestation sur l’honneur attestant que vous remplissez les conditions pour reprendre vos missions en présence sera demandée.

**Ce courrier vaut attestation justifiant d’être personne contact pour la délivrance gratuite des deux autotests.**

Si vous avez des interrogations au sujet des consignes sanitaires à suivre ou sur le contact tracing, vous pouvez appeler la plateforme de l’Assurance Maladie au 09 74 75 76 78 (service gratuit + prix d’un appel).

Si votre état de santé évolue, nous vous invitons à contacter sans attendre votre médecin traitant ou un médecin de ville. Si vous n’arrivez pas à trouver un médecin pour vous prendre en charge, vous pouvez contacter l’Assurance Maladie au 09 72 72 99 09 (service gratuit + prix d’un appel), qui vous orientera dans vos recherches.

Cordialement,

Le chef d’établissement,

en lien avec l’ Assurance Maladie, la Région académique et l’ARS BFC.

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**PERSONNEL**

Je soussigné(e) :

**[Prénom et Nom]**

demeurant :

**[Adresse]**

atteste sur l'honneur respecter l’une des conditions mentionnée *supra* permettant de revenir à l’école ou au sein de l’établissement.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **………………………….. [commune]**, le …………………..**[date]**

Signature

……………………………………………

**[Prénom] [Nom]**