 FORMULAIRE ÉTUDIANTS

**SUIVI DU CODIV-19 : Signalement**

**Vous êtes déclaré malade du COVID 19**, ou **votre état de santé conduit à considérer que vous présentez un risque d’être porteur de la maladie COVID-19**, merci de vous signaler via ce formulaire et de respecter le confinement et l’ensemble des recommandations sanitaires.

*Ce formulaire est confidentiel. Il doit être adressé au Médecin du Service de Santé Universitaire de l’université d’Artois à l’adresse électronique suivante :*

sante.etudiant.coronavirus@univ-artois.fr

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| UFR/IUT/FCU |  |
| Formation et année d’étude (ex : L1) |  |
| N° étudiant |  |
| Courriel Université d’Artois |  |
| Courriel personnel |  |
| Téléphone |  |
| Logement CROUS ou seul en logement privé | Si oui, indiquer le nom et l’adresse de la résidence ou du logement |
| Avez-vous été testé positif au COVID 19? | Si oui, date du diagnostic : |
| En l’absence de dépistage, symptômes amenant à considérer que vous présentez un risque d’être porteur de la maladie COVID-19 |  |
| Date de vos derniers cours en présentiel |  |