|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INTERVENANTS EXTERIEURS  *Je déclare sur l’honneur ne pas présenter des symptômes du virus COVID 19 (absence de fièvre, de signe respiratoire ou ORL aigu ou digestif*) *et je m’engage à respecter les mesures barrières.* | | | | RESIDENTS | |
| NOM PRENOM | **ADRESSE** | **TELEPHONE** | **SIGNATURE** | **NOMS PRENOMS** | **Chambre** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Nom du professionnel présent au contrôle des entrées : …………………………………………………………………………………………………………….*

*Dans le cadre du renforcement des mesures liées aux entrées dans les ESSM et USLDS : Ministère de la santé 20 avril 2020* <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-consignes-applicables-confinement-usld-covid-19.pdf>