



Madame, Monsieur,

La reprise des activités des JSP a lieu dans un contexte particulier. Leur protection ainsi que leur sécurité restent pour nous un impératif absolu, tout comme celles des encadrants de la section et celles de l'ensemble du personnel des centres de secours.

Le retour des JSP dans leur centre de secours ne sera possible que dans le respect de certaines règles et sur présentation du questionnaire et attestation ci-joints. Les informations recueillies sont confidentielles. A son arrivée, si le JSP n'est pas en possession desdits documents, correctement remplis, ce dernier ne sera pas autorisé à accéder au centre de secours et ne pourra donc pas suivre les cours.

De plus, les représentants légaux s'engagent à ne pas amener leurs enfants à l'activité en cas d'apparition de symptômes chez le jeune **ou dans sa famille, ou s'ils ont été en situation de cas contact**. Les représentants légaux s'engagent également à informer le responsable de la section en cas d'apparition de symptômes dans les jours suivant l'activité.

Le port du masque « grand public ou chirurgical » est obligatoire. Le JSP ne sera autorisé à pénétrer dans les locaux que s'il a mis son masque, il le gardera dans toutes les situations. Le JSP sera tenu d'avoir un masque de rechange. Il devra avoir en sa possession un sachet refermable par un zip pour ranger et stocker le masque usagé.

Le JSP sera tenu de se désinfecter les mains dès son arrivée. Il devra avoir en sa possession un flacon de gel hydroalcoolique.

Les JSP veilleront à ne pas s'échanger leur matériel et effets personnels. Ils amèneront leur goûter et un bouteille d'eau.

Afin d'éviter des allées et venues, les JSP arriveront et repartiront **vêtus de leur tenue**.

Nous ne manquerons pas de vous tenir informés en cas de modification de ces règles.

Nous comptons sur votre coopération et restons à votre disposition si un besoin d'informations complémentaires était nécessaire.

Bien cordialement.

**Le Président de l'Association Habilité
des Jeunes Sapeurs-Pompiers de la
Gironde**

Lieutenant-colonel Eric Pitault



Questionnaire

Nom prénom du JSP :

Date :

Ce questionnaire est destiné à s'assurer, selon un principe de précaution, que votre enfant ou membre de votre famille, ne présentent pas de signes ou de symptômes rencontrés dans le repérage de la COVID-19, ou que vous n'avez pas été en contact avec des personnes potentiellement malades.

Chacune des questions posées est importante pour votre santé et pour celle des adhérents de l'association. La sécurité de ceux-ci et des personnels du service départemental d'incendie et de secours dépend de l'exactitude de vos réponses. **Une réponse positive à l'une de ces questions entraînera une Contre-indication temporaire à la venue en Caserne.** Cet impératif de sécurité publique s'explique dans le cadre de la lutte contre la Covid-19.

Ce questionnaire n'est pas à visée diagnostic et ne saurait se substituer à la consultation avec un médecin traitant. En cas de réponse positive à l'une de ces questions, il vous est donc conseillé de contacter votre médecin traitant.

Vous devez apporter une réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 12, en sélectionnant la réponse. Le questionnaire doit être complété et daté du jour.

1	Le JSP et l'entourage ont-ils été atteint de la Covid 19 dans les 15 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le JSP et l'entourage familial présente-t-il ce jour, ou ont-ils présenté dans les dernières 48 heures un des signes suivants :			
2	De la fièvre (température égale ou supérieure à 37,8) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3	Des courbatures ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4	De la toux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5	Des signes ORL : rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
6	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte de la perte d'appétit)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7	Des maux de tête inhabituels ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9	Une fatigue inhabituelle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
10	D'autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexpliquées ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11	Le JSP et l'entourage familial ont-ils été en contact avec une personne atteinte de la COVID 19 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
12	Le JSP et l'entourage familial ont-ils été en contact avec une personne qui présentait l'un des signes mentionné dans les questions 1 à 10 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



SECTION DE JSP Bassin Arcachon Sud

Attestation à remplir par les parents et à donner à l'animateur de JSP

Avant chaque participation aux cours JSP ou formation en période pandémie COVID-19

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Adresse Mail :

Nous attestons :

- ✓ Avoir sincèrement rempli l'auto-questionnaire et, pour chacune des questions de l'auto-questionnaire, numérotée de 1 à 12 avoir répondu: **non**
- ✓ Avoir pris connaissance des mesures à respecter au sein des casernements par les JSP
- ✓ M'engager à respecter les consignes détaillées précisées par les animateurs de JSP
- ✓ Je m'engage à informer dans délai le responsable de la section en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte par la COVID 19 dans les 8 jours.

Date :

Signature

Les parents ou représentant légaux

le JSP