



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Pensez-vous avoir ou avoir eu de la fièvre ces derniers jours (frissons, sueur) ?

OUI

NON

Avez-vous des courbatures ?

OUI

NON

Depuis ces derniers jours, avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ?

OUI

NON

Ces derniers jours, avez-vous eu mal à la gorge ?

OUI

NON

Ces dernières 24H, avez-vous eu de la diarrhée (au moins 3 selles molles) ?

OUI

NON

Ces derniers jours, ressentez-vous une fatigue inhabituelle ?

OUI

NON

Dans les dernières 24H, avez-vous noté un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou faites un petit effort ?

OUI

NON

Avez-vous été en contact avec une personne ayant présenté des signes évoquant une atteinte au coronavirus ou avec une personne ayant été infectée par le coronavirus ?

OUI

NON

Avez-vous présenté des manifestations cutanées récentes inhabituelles ?

OUI

NON

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère.

Nom :

Prénom :

Date :

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »