

INFINIMENT CHARENTES

COVID-19

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom et prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Ce questionnaire est destiné à la lutte contre l'épidémie du COVID 19 et sera conservé par l'établissement uniquement pour répondre aux exigences sanitaires. Il sera tenu à la disposition des autorités sanitaires si besoin, puis il sera détruit 14 jours après sa date de signature.

- J'en ai parfaitement compris la teneur et la destination et j'accepte cette disposition exceptionnelle.
- J'en ai parfaitement compris la teneur et la destination mais je refuse d'y répondre.

Je certifie ne présenter aucun des symptômes d'infection au COVID 19 et qui figurent dans la liste suivante :

- fièvre,
- courbatures,
- toux ou une augmentation de votre toux habituelle,
- une forte diminution ou une perte de votre goût ou de votre odorat,
- un mal de gorge,
- des diarrhées,
- une fatigue inhabituelle,
- un manque de souffle inhabituel.



La présence d'un ou surtout de plusieurs de ces symptômes constitue une alerte.

Fait à _____ Le _____

Signature du client