

Nom et prénom:	
Numéro de téléphone où vous joindre:	
Nom du programme ou du cours:	
Semaine débutant le:	

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
QUESTIONS SUR VOTRE SITUATION PERSONNELLE							
Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays au cours des 2 dernières semaines ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__
Si oui, êtes-vous visé par une mesure d'isolement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__
Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 ou qui est actuellement en investigation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__
Si oui, êtes-vous adéquatement protégé contre la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__
Êtes-vous visé par un avis d'isolement de la Santé publique ou êtes-vous en attente de résultats d'un test de dépistage de la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__

QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ							
Un seul des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail ou de la formation							
Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38,1 °C (100,6°F)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__
Avez-vous une toux récente ou une toux chronique aggravée depuis peu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__
Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__
Avez-vous une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale (nez bouché), avec ou sans perte du goût?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__
Avez-vous un mal de gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales__

QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ							
Une réponse « Oui » à au moins deux symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail ou de la formation							
Avez-vous de la fatigue intense inhabituelle sans raison évidente?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___
Avez-vous des douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___
Avez-vous un mal de tête inhabituel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___
Avez-vous une perte d'appétit importante?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___
Avez-vous des nausées (maux de cœur) ou des vomissements?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___
Avez-vous mal au ventre?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___
Avez-vous de la diarrhée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___
Avez-vous le nez qui coule ou une congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___	Initiales ___