

## Questionnaire sur votre état de santé

À remplir à tous les jours avant votre arrivée à l'École ou en classe

Nom et prénom:							
Numéro de téléphone où vous joindre:							
Nom du programme ou du cours:							
Semaine débutant le:							
l							
	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
OUEST	TIONS SUR V				Jeuui	venureur	Sameur
4013	Oui						
Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays	☐ Non	☐ Non	Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non	Non
au cours des 2 dernières semaines ?	Non		Non	Non	Non	Non	Non
	Initiales	Initiales	Initiales		Initiales		Initiales
Avez-vous été en contact avec une	Oui						
personne atteinte de la COVID-19 dans	☐ Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
les 14 derniers jours ou qui est actuellement en investigation?	1	1	1	1			
actachement en mvestigation:	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,	Oui						
d'avoir des frissons comme lors d'une	Non						
grippe, ou une fièvre mesurée avec une							
température prise par la bouche égale ou							
supérieure à 38 °C (100,4 °F)?	Initiales						
	Oui						
Avez-vous de la toux récente ou empirée	Non	Non	Non	Non	☐ Non	Non	Non
depuis peu?	1	1.222.1	1.22.1	1.20.1	1.20.1.	1.202.1	1.202.1
	Initiales	Initiales	Initiales		Initiales		Initiales
Avez-vous de la difficulté à respirer ou	Oui Non	☐ Oui☐ Non	Oui Non	Oui Non	☐ Oui☐ Non	Oui Non	☐ Oui☐ Non
êtes-vous essoufflé?	L Non		NOII	Non	_	Non	Non
	Initiales						
Avez-vous une perte soudaine de	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	∐ Oui
l'odorat ou du goût?	☐ Non	Non	Non	Non	☐ Non	Non	Non
3	Initiales						
QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ							
Une réponse « oui » à au moins deux des trois questions suivantes (A-B-C) justifie un retrait immédiat du travail ou de la formation							
A- Avez-vous un ou plusieurs des	Oui						
symptômes généraux suivants?	Non						
• Fatigue intense inhabituelle sans raison							
évidente;							
Douleurs musculaires ou courbatures							
inhabituelles sans raison évidente;  • Mal de tête inhabituel;							
• Mai de tête innabituei; • Perte d'appétit.							
•	Initiales						
B. Avez-vous eu des nausées, des	Oui						
vomissements ou de la diarrhée dans les 12 dernières heures?	Non	Non	Non	Non	∐ Non	Non	Non
12 defineres fieures:	Initiales						
C- Avez-vous eu un mal de gorge sans	Oui						
autre cause évidente?	∐ Non Initiales	☐ Non Initiales	☐ Non Initiales	□ Non Initiales	☐ Non Initiales	☐ Non Initiales	□ Non Initiales