

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__
Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19 dans les 14 derniers jours 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__

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 °C (100,4 °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 de la toux récente ou empirée 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 ou 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__

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 symptômes généraux suivants? • Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente; • Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles sans raison évidente; • Mal de tête inhabituel; • Perte d'appétit.	<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__
B. Avez-vous eu des nausées, des vomissements ou de la diarrhée dans les 12 dernières heures?	<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__
C- Avez-vous eu un mal de gorge sans autre cause évidente?	<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__