

QUESTIONNAIRE DE SANTE

	NO	YES
Avez-vous eu un de ces symptômes (toux, nez qui coule, mal de gorge, difficultés respiratoires, perte d'odorat ou du goût) au cours des 14 derniers jours ?		
Avez-vous eu un des symptômes suivants au cours des 14 derniers jours : <ul style="list-style-type: none">- Fièvre- Douleurs à la poitrine- Mal de tête- Nausées/vomissements- Diarrhée		
Avez-vous été en contact avec quelqu'un de positif Covid-19 ?		
Avez-vous été mis en quarantaine pendant les 14 derniers jours ?		
Avez-vous été testé positif au Covid-19 par test PCR au cours des 14 derniers jours ?		

Signature : _____