

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"><li>- Fièvre</li><li>- Douleurs à la poitrine</li><li>- Mal de tête</li><li>- Nausées/vomissements</li><li>- Diarrhée</li></ul>		
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 : \_\_\_\_\_