



**Questionnaire COVID 19 pour l'agent de contrôle**

**Je confirme que :**

- je ne suis pas malade
- je n'ai pas de symptômes pouvant évoquer les symptômes de COVID 19  
(ex : fièvre, mal de gorge, toux)
- il n'y a pas de personne malade à mon domicile
- il n'y pas de personne malade à mon domicile ayant des symptômes pouvant évoquer  
les symptômes de COVID 19 (ex. fièvre, mal de gorge, toux)
- je ne suis pas en quarantaine
- je ne suis pas en auto-isolement

**Date :**

**Heure :**

**Nom de l'agent de contrôle :**

**Signature de l'agent de contrôle :**