

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 : _____