

QUESTIONNAIRE SANTE

Nom :

Prénom :

Souffrez-vous de problèmes cardiaques ?

Oui

Non

Souffrez-vous de problèmes pulmonaires ?

Oui

Non

Avez-vous une pathologie qui baisse votre immunité ?

Oui

Non

Avez-vous un traitement médicamenteux ?

Oui

Non

Si OUI le(s) quel(s) :

Votre Taille en cm :

Votre poids en Kg :

A ce jour et dans les 3 dernières semaines avez-vous eu les symptômes suivants :

Fièvres (38°)

Essoufflement

Perte de goût brutale et de l'odorat

Maux de gorge

Diarrhées

Toux sèches

Maux de tête / Céphalées

Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroit avec :

- une personne ayant présenté ces signes ?

Oui

Non

- une personne diagnostiquée COVID-19

Oui

Non

- Avez-vous été diagnostiqué positivement au COVID-19 ?

Oui

Non

Avez-vous eu le COVID-19 au cours des deux derniers mois (à votre connaissance) ?

Oui

Non

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements ce jour.

Date :

Signature :