

# Questionnaire pour les visiteurs

Dans le but de limiter au maximum la propagation du virus de la COVID-19 dans notre établissement, nous vous demandons obligatoirement de remplir ce questionnaire.

Nom :	
Prénom :	
Téléphone :	
<b>Déclaration du visiteur</b>	
<p>Avez-vous un ou des symptômes de la COVID-19, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieur à 38 °C (100,4 °F) ?</li> <li>▪ Avez-vous une toux récente ou empirée depuis peu ?</li> <li>▪ Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?</li> <li>▪ Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p>Avez-vous un ou plusieurs des symptômes généraux suivants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente ;</li> <li>▪ Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles sans raison évidente ;</li> <li>▪ Mal de tête inhabituel ;</li> <li>▪ Perte d'appétit.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p>Avez-vous eu des nausées, des vomissements ou de la diarrhée au cours des 12 dernières heures ?</p>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p>Avez-vous un mal de gorge sans cause évidente ?</p>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p>Avez-vous été en contact direct dans les 14 derniers jours avec une personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qui a été diagnostiquée comme infectée à la COVID-19 ?</li> <li>▪ Qui est sous investigation pour une infection probable à la COVID-19 ?</li> <li>▪ Qui éprouve un ou des symptômes de la COVID-19 ?</li> <li>▪ Qui revient d'un voyage à l'extérieur du Canada ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p>Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours ? Si oui, quand êtes-vous revenu au pays ? _____</p>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p><b>Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce questionnaire sont, à ma connaissance, exacts.</b></p>	
Date de signature :	
Signature :	

Comité sectoriel  
de main-d'œuvre  
du bois

**FORMA BOIS**

**FORÊT  
COMPÉTENCES**

Comité sectoriel de main-d'œuvre en aménagement forestier