

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 :		
Déclaration du visiteur		
Avez-vous un des symptômes suivants :		
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 supérieure à 38 °C (100,4 °F) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une toux récente ou empirée depuis peu ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une perte soudaine de l'odorat ou du goût ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous deux des symptômes suivants :		
Éprouvez-vous une fatigue intense inhabituelle sans raison évidente ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un mal de tête inhabituel ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous une perte d'appétit importante ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu des nausées (maux de cœur), des vomissements ou de la diarrhée dans les 12 dernières heures ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous un mal de gorge sans cause évidente ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été en contact direct dans les 14 derniers jours avec une personne : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui a été diagnostiquée comme infectée à la COVID-19 ? ▪ Qui est sous investigation pour une infection probable à la COVID-19 ? ▪ Qui éprouve un ou des symptômes de la COVID-19 ? ▪ Qui revient d'un voyage à l'extérieur du Canada ? 	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours ? Si oui, quand êtes-vous revenu au pays ? _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce questionnaire sont, à ma connaissance, exacts.		
Date de signature :		
Signature :		

Comité sectoriel
de main-d'œuvre
du bois

FORMABOIS

**FORÊT
COMPÉTENCES**

Comité sectoriel de main-d'œuvre en aménagement forestier