



# Questionnaire visiteur Covid-19

Prénom et nom du visiteur : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_

Date prévue de la visite : \_\_\_\_\_

Prénom et nom des ou de la personne à rencontrer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Raison de la visite : \_\_\_\_\_

| OUI                      | NON                      |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Dans les 14 derniers jours, avez-vous eu des problèmes de toux.
- Dans les 14 derniers jours, avez-vous fait de la fièvre
- Dans les 14 derniers jours, avez-vous eu des maux de gorge
- Dans les 14 derniers jours, avez-vous eu des écoulements ou congestions nasales.
- Dans les 14 derniers jours, avez-vous côtoyé une personne présentant un ou l'autre de ces symptômes.
- Avez-vous été en contact avec une personne confirmée COVID-19 positif.
- Dans les 21 derniers jours, avez-vous voyagé à l'extérieur du pays.
- Dans les 21 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne qui a voyagé à l'extérieur du pays.

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs de ces questions, veuillez donner des détails :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce document sont exacts.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de Lumisolution : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_