*Mr/Mme*

*Adresse :*

*MAIL :*

*Téléphone :*

Date de naissance :

Avez-vous eu un épisode Covid connu ? OUI /NON

Si oui, date de début et date de fin :

Avez-vous eu un test ? oui/ non Date du test :

Quel a été le résultat ?

Vous n’avez pas eu de Covid connu ? avez-vous ces symptômes ?

Toux : oui/non

Êtes-vous fatigué de façon inhabituelle ? oui/non

Avez-vous mal à la gorge oui/non

Êtes -vous essoufflé ? oui/non Avez-vous des douleurs thoraciques ? oui/non

Des troubles du gout, d’odorat ? oui/non

Des signes cutanés inconnus de vous avant ? oui/non,

Avez-vous eu des contacts avec des personnes ayant eu un Covid dans le dernier mois ? oui/non

Êtes-vous considéré comme personne à risque : oui / non

Vos pathologies :

J’atteste sur l’honneur la véracité des renseignements fournis et n’avoir rien oublié de noter.

Date

Signature :