



Nom

Date

Avez-vous?

Oui

Non

Reçu un diagnostic positif COVID-19

Toux

Mal de gorge

Essoufflement

Difficulté respiratoire

Fièvre

Perte d'odorat/goût

Voyagé il y a moins de 14 jours

Été en contact avec une personne ayant des symptômes/positive COVID-19

Signature _____