REMPLIR LE QUESTIONNAIRE SUIVANT EN RÉPONDANT PAR OUI OU PAR NON AUX 4 QUESTIONS

Question 1 : Avez-vous des symptômes parmi les suivants : toux - fièvre - trouble respiratoire ou symptôme de grippe, gastro et rhume.

Question 2 : Est-ce que vous ou un membre de votre famille demeurant à la même adresse a été visé par un avis de la santé publique.

Question 3 : Revenez-vous d'un voyage à l'extérieur du pays dans les deux dernières semaines ou avez-vous été en contact avec une personne qui revient de voyage dans les 14 derniers jours?

Question 4 : Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19?

	QUESTION 1		QUESTION 2		QUESTION 3		QUESTION 4		SIGNATURE
NOM	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	

Club d'échecs de Chambly **DATE :**