

# COVID19-QUESTIONNAIRE MÉDICAL AVANT L'ACCÈS À LA FORMATION

## Identification du candidat

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : ..... Sexe  F  M

Adresse postale : .....

Commune : ..... Code postal : .....

N° Portable : ..... Courriel : .....

Médecin traitant : .....

**État de santé du candidat dans les 14 jours précédant la formation** (Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition) :



Fièvre, précisez..... °C

OUI  NON



Sensation de fièvre sans température

OUI  NON



Fatigue/malaise

OUI  NON



Toux

OUI  NON



Courbatures

OUI  NON



Perte de goût / d'odorat

OUI  NON



Céphalées/ Maux de tête

OUI  NON



Diarrhée

OUI  NON

## Exposition à des risques dans les 14 jours qui précèdent la formation :

Le candidat a-t-il été en contact étroit <sup>1</sup> avec une personne ayant présenté les signes détaillés ci-dessus ?  OUI  NON

Le candidat a-t-il été en contact étroit <sup>1</sup> avec un cas confirmé d'infection à SARSCoV-2 (COVID 19) ?  OUI  NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements et j'accepte la participation à la formation.

<sup>1</sup>Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

À ..... le .....

Signature (pour les mineurs, celle du représentant légal)