

ANNEXE : ATTESTATION D'ABSENCE DE SYMPTÔMES

Durant les 14 derniers jours, avez-vous ressenti les symptômes détaillés ci-dessous ?

Fièvre >37,7 OUI NON

Toux OUI NON

Diarrhée, nausées, vomissements OUI NON

Nez qui coule OUI NON

Perte de goût ou d'odorat OUI NON

Douleurs musculaires, nuque, jambes... OUI NON

Fatigue	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
---------	---

Mal de gorge OUI NON

Apparition de taches rouges (douloureuses ou pas) sur les mains/doigts OUI NON

Durant les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne de votre entourage testée positive au COVID-19 ? OUI NON

Durant les 14 derniers jours, avez-vous été testé positif au COVID-19 ? OUI NON

Si la réponse à l'une de ces questions est oui, la visite ne peut pas avoir lieu.