

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL COVID-19 DESTINÉ AUX
VISITEURS / ENTREPRENEURS / CAMIONNEURS**

Nom : _____ Compagnie : _____

Tél : _____

Ces informations demeureront confidentielles et, seront acheminés à notre service de santé.

S.V.P. Veuillez répondre à ces questions :

1. Avez-vous, ou, avez-vous eu un des symptômes suivants, durant les 14 derniers jours?

S.V.P. cochez : Fièvre Toux Difficultés respiratoires
Fatigue anormale Essoufflement anormal
Raideurs musculaires diffuses inexplicées

2. Avez-vous été en contact avec une personne ayant les symptômes ci-haut mentionnés ou porteuse du Coronavirus COVID-19 ?

OUI NON

3. Avez-vous voyagé dans un autre pays durant les 14 derniers jours ?

OUI NON

Ce présent questionnaire sera détruit dans 30 jours.

En signant ce questionnaire vous certifiez que ces informations sont exactes.

Signature : _____ Date : _____

Envoyer par courriel à operations@valport.ca ou par fax au 450.377.2521