

Questionnaire sur la COVID-19

Ligne de piquetage et autres rassemblements

Pour empêcher la propagation de la COVID-19 et réduire le risque potentiel d'exposition pour tous, nous vous demandons de répondre à un simple questionnaire. Il est important de nous aider à prendre les mesures de précaution pour vous protéger ainsi que tous les participants. Merci de prendre le temps de le remplir.

Nom du participant:	Téléphone:	Courriel:
Événement:	Nom de l'organisateur ou organisatrice du SCFP :	Date d'aujourd'hui:

1.	Avez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants?		
	▪ Fièvre (plus de 38,°C)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ Toux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ Essoufflement, difficulté à respirer	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ Mal de gorge	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ Écoulement nasal	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ Perte de goût ou d'odorat	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ Vomissements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ Diarrhée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2.	Est-ce que vous-même ou quelqu'un vivant avec vous :		
	▪ A voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	▪ A été en contact au cours des 14 derniers jours avec quelqu'un qui a subi un test de dépistage ou reçu un diagnostic de COVID-19?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

3.	Est soupçonné d'être atteint de la COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	A reçu un résultat positif de COVID-19 au cours des 14 derniers jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ne se sent généralement pas bien du tout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse est « oui » à l'une ou plusieurs de ces questions, il ne vous est pas permis de participer.

PROTOCOLES DU SCFP RELATIFS À LA COVID-19
Je respecterai tous les protocoles relatifs à la COVID-19 affichés dans l'édifice ou pour l'événement
Je porterai un masque en tout temps pendant que je serai dans ce bureau ou pendant que je participerai à cet événement
Je maintiendrai une distance physique adéquate avec les autres en tout temps

Autodéclaration du participant

Tous les renseignements que j'ai fournis sont vrais et j'accepte de respecter tous les protocoles du SCFP relatifs à la COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

**TRANSMETTRE À
L'ORGANISATRICE OU À
L'ORGANISATEUR DE
L'ÉVÉNEMENT**