

Concept de protection CoViD-19

Questionnaire pour les participants aux cours

Annexe 6 au concept de protection pour les cours en classe, les exercices de section et les services médico-sanitaires

Version 1.2; 09.11.2020

Vous apprenez à sauver des vies - Nous vous protégeons !

Vous vous êtes inscrit à un cours chez nous, les Samaritains. Compte tenu de la pandémie de Corona, nous vous demandons de remplir entièrement ce questionnaire et de l'apporter avec vous le premier jour du cours.

Vos réponses resteront strictement confidentielles et seront détruites 14 jours après le cours.

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

CP / Lieu _____

Numéro de téléphone _____

Adresse électronique _____

Date de naissance _____

Avez-vous lu attentivement la fiche d'information destinée aux participants aux cours ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vous vous sentez bien en ce moment ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous ou avez-vous eu au cours des 14 derniers jours un ou plusieurs les symptômes suivants :		
- fièvre, sensation de fièvre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Mal de gorge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Toux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Essoufflement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Perte soudaine de l'odorat et/ou du goût	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous été en contact étroit au cours des 14 derniers jours avec des personnes présentant les symptômes ci-dessus ou ayant été testées positives pour le CoViD-19 ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Appartenez-vous à un groupe à risque selon le OFSP ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Lieu, date: _____

Signature: _____