

## Questionnaire sur l'état de santé quotidien

Nom du travailleur : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**SVP répondre à ce questionnaire quotidiennement afin d'assurer que votre présence au travail est sécuritaire**

### 1. Avez-vous actuellement ou avez-vous eu les symptômes suivants récemment?

- Fièvre (plus de 38°C)       Oui     Non
- Toux                               Oui     Non
- Difficultés respiratoires       Oui     Non
- Perte de l'odorat               Oui     Non
- Fatigue extrême                 Oui     Non

### 2. Avez-vous été en contact avec une personne atteinte des symptômes ci-haut mentionnés ou qui ont reçu un test positif de la COVID-19 récemment?

- Oui
- Non

Pour sa propre santé et la sécurité de ses collègues de travail, si vous avez répondu OUI à l'une des questions, vous devez immédiatement **quitter les lieux** et en avisez votre supérieur immédiat ou une personne des Ressources Humaines. Cette personne vous donnera les informations pour la marche à suivre. Vous devrez retourner à votre domicile et composer le 1 877 644-4545 pour plus d'informations spécifiques au COVID-19.

*Je m'engage à prendre les mesures nécessaires pour protéger ma santé, ma sécurité et celles de mes collègues de travail.*

Nom en lettre moulée

---

Signature

Date

---