

ANNEXE BLEU

Covid-19 Hotline +41 79 644 69 53

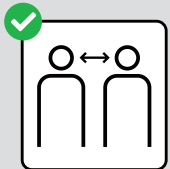
QUESTIONS	OUI	NON
Avez-vous souffert de symptômes de refroidissement au cours des 14 derniers jours (toux, écoulement nasal, mal de gorge, difficultés respiratoires, perte du goût ou de l'odorat)?		
Avez-vous souffert de l'un des symptômes suivants au cours des 14 derniers jours?		
Fièvre		
Douleurs à la poitrine		
Maux de tête		
Nausée/vomissements		
Diarrhée		
Avez-vous eu des contacts au cours des 14 derniers jours avec une personne dont il a été prouvé qu'elle ait été infectée par le Covid-19 et qui n'a pas respecté l'ordre de quarantaine ?		
Avez-vous été testé positif au Covid-19 au moyen d'un test PCR (réaction en chaîne par polymérase) au cours des 14 derniers jours et n'avez pas respecté la période d'isolement ?		

DATE

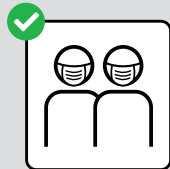
ENTREPRISE/GROUPE

NOM

SIGNATURE



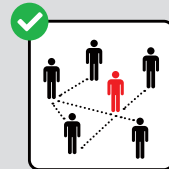
Garder ses distances



Porter un masque facial



Respecter les règles d'hygiène



Saisir les coordonnées



Se rendre sans symptômes à la manifestation