Fiche de Santé

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Type d'emploi s'il y a lieu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez vous voyagé oui. 🔵 Non🔵

Si vous avez coché oui, dans quelle région du Québec ou ailleurs dans le monde dans les 6 derniers mois.

Endroit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez cocher s'il y a lieu le ou les symptômes que vous ressentez présentement

\*Apparition de toux 🔵

\* Fièvre🔵

\* Difficultés respiratoires 🔵

\*Perte soudaine de la:odorat 🔵

\*Perte soudaine du goût 🔵

\*Aucun symptôme mentionné 🔵

Je certifie que ces renseignements sont véridiques et que je suis apte à recevoir des soins en respectant les consignes de santé et sécurité demandées.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du client ou de la cliente.

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