

# COVID-19 Questionnaire

INSTRUCTIONS : TOUS LES CLIENTS QUI ENTRENT HERITAGE SPA DOIVENT SE VOIR POSER LES QUESTIONS SUIVANTES. HERITAGE SPA CONSERVERA CE DOSSIER PENDANT 14 JOURS À COMPTER DE LA DATE DE REMPLISSAGE DE CE FORMULAIRE ET LE METTRA À DISPOSITION SUR DEMANDE AU DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

En cochant cette case, je m'engage à ne fournir que des informations correctes et véridiques.

01

**Avez-vous l'un des symptômes respiratoires suivants ?**

- Nouvelle toux ou aggravation de la toux ?  Oui  Non

- Un nouvel essoufflement ou une aggravation de l'essoufflement ?  Oui  Non

02

**Avez-vous eu une température de 38°C ou plus au cours des 14 derniers jours ?**

Oui  Non

03

**Vous vous sentez fébrile ?**

Oui  Non

04

**Vous avez des frissons ?**

Oui  Non

05

**Avez-vous été dans un établissement ou une maison où la présence de COVID-19 a été confirmée par un test de laboratoire au cours des 14 derniers jours ?**

Oui  Non

06

**Avez-vous été en contact avec des personnes dont le COVID-19 a été confirmé par un test de laboratoire au cours des 14 derniers jours ?**

Oui  Non

Nom du client : .....

Email : ..... Tél : .....

Hôtel/Riad : .....

N° de passeport : .....

Date : .....