

DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES D'INFECTION PAR LA COVID-19

Je soussigné(e),

Mme/M. :

Né(e) le :

À :

Demeurant :

déclare sur l'honneur n'avoir présenté, au cours des dernières 48 heures, aucun des symptômes suivants :

- de la fièvre ou des frissons,
- une toux ou une augmentation de ma toux habituelle,
- une fatigue inhabituelle,
- un essoufflement inhabituel quand je parle ou je fais un petit effort,
- des douleurs musculaires et/ou des courbatures inhabituelles,
- des maux de tête inexpliqués,
- une perte de goût ou d'odorat,
- des diarrhées inhabituelles.

Fait à :

Le : à h

Signature :



LAVEZ-VOUS
LES MAINS
RÉGULIÈREMENT



DISTANCE
D'UN M ENTRE
CHAQUE
GROUPES



MASQUE
OBLIGATOIRE
LORS DE VOS
DÉPLACEMENTS