

# DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ÉTAT DE SANTÉ

## Annexe 1

- Ressentez-vous l'un des symptômes de la COVID-19 (toux, fièvre, difficultés respiratoires, fatigue extrême, perte soudaine de l'odorat)?

Oui            Non

- Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19?

Oui            Non

- Êtes-vous de retour d'un voyage à l'extérieur du pays depuis moins de deux semaines?

Oui            Non

