**Formulaire d’inscription pour la recherche de contacts**

**En signant mon nom ci-dessous, j’atteste que ma réponse aux questions suivantes est « non ».**

1. Éprouvez-vous des symptômes d’un rhume ou de la grippe (toux, fièvre, écoulement nasal, mal de gorge, essoufflement, perte de goût ou d’odorat, conjonctivite, fatigue, mal de tête, vomissure ou diarrhée, douleurs musculaires, éruption cutanée, nausée)?
2. Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19?
3. Dans les 14 dernier jours, étiez-vous dans un milieu identifié comme étant à risque pour la contraction de la COVID-19, tel que sur un avion, dans un milieu de travail, ou à un événement?
4. Avez-vous voyagé en dehors de l’Ouest canadien dans les 14 derniers jours?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Signature** | **Numéro de téléphone** | **Courriel** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |