

| DOCUMENT INTERNE |

## **REGISTRE | PARTICIPANTS SYMPTOMATIQUES**

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

Vous devez compléter ce formulaire si un des participants présente des symptômes qui s’apparentent à ceux de la COVID-19 ou s’il a été testé positif.

Prénom du participant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom du participant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Symptômes du participant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Date où les symptômes sont apparus : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le participant a été testé pour la COVID-19 : Oui Non En cours

Résultat du test (si disponible) : Positif Négatif

Journées où le participant était présent (deux semaines avant la présence des symptômes) :

Cliquez ici pour entrer du texte.

Signature du responsable ou de la personne qui a rempli le registre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_