

A TÉLÉCHARGER ET À RAPPORTER SIGNÉ LE JOUR DU RDV QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

PENSEZ-VOUS AVOIR OU AVOIR EU DE LA FIÈVRE
CES DERNIERS JOURS (FRISSONS, SUEUR) ? OUI NON

AVEZ-VOUS DES COURBATURES ? OUI NON

DEPUIS CES DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS UNE TOUX OU UNE
AUGMENTATION DE VOTRE TOUX HABITUELLE ? OUI NON

CES DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS NOTÉ UNE FORTE DIMINUTION
OU UNE PERTE DE VOTRE GOUT OU DE VOTRE ODORAT ? OUI NON

CES DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS EU MAL À LA GORGE ? OUI NON

CES DERNIÈRES 24H AVEZ-VOUS EU DE LA DIARRHÉE
(AU MOINS 3 SELLES MOLLES) ? OUI NON

CES DERNIERS JOURS, RESSENTEZ-VOUS
UNE FATIGUE INHABITUELLE ? OUI NON

DANS LES DERNIÈRES 24H, AVEZ-VOUS NOTÉ UN MANQUE DE SOUFFLE INHABITUEL
LORSQUE VOUS PARLEZ OU FAITES UN PETIT EFFORT ? OUI NON

AVEZ-VOUS ÉTÉ EN CONTACT AVEC UNE PERSONNE AYANT PRÉSENTÉ
DES SIGNES ÉVOQUANT UNE ATTEINTE AU CORONAVIRUS OU AVEC
UNE PERSONNE AYANT ÉTÉ INFECTÉE PAR CORONAVIRUS ? OUI NON

AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ DES MANIFESTATIONS CUTANÉES
RÉCENTES INHABITUELLES ? OUI NON

AVEZ-VOUS EU UN TEST COVID POSITIF IL Y A MOINS D'1 MOIS ? OUI NON

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR AVOIR RÉPONDU À CE QUESTIONNAIRE DE FAÇON SINCÈRE.

**MENTION MANUSCRITE : « LU ET APPROUVÉ »
DATE ET SIGNATURE**

Centre Laser Liberté©
SASU au capital de 5.000,00€
1 Boulevard Vauban 59000 LILLE – France

Téléphone: + 33 (0) 3 20 50 14 14 - Mail: contact@laserliberte.fr

www.laserliberte.fr
SIRET 788 564 441 00012 - Code APE 7729Z
TVA intracommunautaire FR 08 788564441