

Afin de prévenir la propagation de la COVID-19 et réduire le risque possible d'exposition de nos employés et visiteurs, nous faisons remplir un simple questionnaire de contrôle. Votre participation est importante pour nous aider à prendre les mesures de précaution en vue de vous protéger vous et toutes les personnes sur ce site de travail.

Ce processus s'applique à tous les nouveaux travailleurs, travailleurs transférés et visiteurs de nos projets. Les responsables de l'embauche / du transfert d'employés ou de la présence de visiteurs sur le site d'un projet doivent leur soumettre ce questionnaire.

- Utilisez ce formulaire pour poser les questions de contrôle avant que le travailleur / visiteur puisse entrer au bureau ou sur le site du projet.
- Lors de l'arrivée de l'employé / du visiteur sur le site du projet, assurez-vous qu'il remplisse ce formulaire avant de l'autoriser à mener toute autre activité dans le cadre du projet.

PARTIE I - GÉNÉRALITÉS	
Site du travail :	Nom du superviseur / Personne-ressource du site :
Nom du visiteur / travailleur :	N° de tél. du visiteur / travailleur :
Compagnie du visiteur / travailleur :	

PARTIE II - QUESTIONNAIRE	
1	<p>Au cours des 14 derniers jours, avez-vous éprouvé l'un des symptômes suivants : fièvre ou frissons, difficulté à respirer, toux, mal de gorge ou difficulté à avaler, baisse ou perte de l'odorat/du goût, nausée, vomissements, diarrhée, maux d'estomac, fatigue extrême ou douleurs musculaires?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si OUI, quel(s) symptôme(s)?</p> <p><input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Mal de gorge ou difficulté à avaler <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer</p> <p><input type="checkbox"/> Baisse ou perte de l'odorat/du goût <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Maux d'estomac</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Fatigue extrême <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires</p>
2	<p>Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en proche contact avec une personne qui est un cas probable / confirmé de COVID-19?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
3	<p>Au cours des 14 derniers jours, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou été en proche contact avec une personne qui avait voyagé à l'extérieur du Canada?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>

REMARQUE : Veuillez répondre à toutes les questions ci-dessus. Si vous répondez **OUI** à l'une de ces questions, l'accès au projet vous sera interdit à ce moment-ci. Contactez-nous à covidinfo@plan-group.com ou au 1-855-255-3603 si vous avez besoin d'aide.

Signature du visiteur / travailleur : _____ Date : _____