

Questionnaire à l'attention des patients et visiteurs du Centre Oscar Lambret

DECLARATION ETAT DE SANTE

Je soussigné(e)

Prénom :

Nom :

Date de venue au Centre Oscar Lambret : / /

Durant les 15 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne présentant une infection au virus COVID19 ou suspectée de l'être ?

Oui Non

Avez-vous été appelé(e) par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un contact avec une personne positive au COVID19 ?

Oui Non

Fait à :

Le :

Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes.

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, contacter le 03 20 29 56 00 avant de vous rendre au Centre Oscar Lambret. Dans tous les cas, signalez-vous immédiatement dès votre arrivée au personnel présent en Zone d'Accueil et d'Orientation muni(e) de cette déclaration.