

FORMULAIRE

d'évaluation quotidienne
de l'état de santé de l'employé.e



Corporation
des maîtres électriciens
du Québec

Nom de l'employeur : _____

Nom de l'employé.e : _____

Téléphone : _____

SVP, RÉPONDEZ AUX QUESTIONS ET SIGNEZ LE FORMULAIRE

1- Actuellement, ressentez-vous les symptômes suivants? :

- Fièvre
- Difficultés respiratoires
- Toux
- Perte de l'odorat
- Aucun

2- Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous été en contact avec une personne qui présente des symptômes associés à la COVID-19?

- Oui
- Non

3- Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous voyagé à l'extérieur du pays?

- Oui
- Non

 **Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, vous devez retourner chez-vous et vous isoler**

J'ai pris connaissance du *Guide COVID-19 – Chantier construction* et afin de protéger ma santé, ma sécurité et celles des autres, je m'engage à respecter les mesures de prévention qui y sont décrites tels que le lavage des mains, la distanciation physique de 2 m ou le port d'EPI.

Signature de l'employé.e : _____

Date : _____