



**Formulaire de dépistage COVID-19/COVID-19 screening questionnaire**

Nom/Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Au cours des 7 derniers jours / In the last 7 days:**

*Avez-vous eu quelconque des symptômes suivants? Have you had any of the following symptoms?*

- |  |                        |
|--|------------------------|
| <i>Fièvre ou frissons /Fever or chills.....</i>  | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Toux/Cough.....</i>   | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Essoufflement, difficultés respiratoires/ Shortness of breath or respiratory difficulties</i> | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Mal de gorge /Sore throat.....</i>  | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Écoulement ou congestion nasale/Runny nose or nasal congestion.....</i>                       | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Nouvelles douleurs musculaires ou arthritiques/New muscle or joint soreness .....</i>         | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Nouveau mal de tête/New onset headache.....</i>   | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Perte du goût ou de l'odorat/ Loss of sense of taste or smell.....</i>                        | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Évanouissement ou faiblesse excessive/Passing out or significant fatigue.....</i>             | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |
| <i>Diarrhée ou vomissements/Diarrhea or vomiting.....</i>  | Oui/Yes [ ] Non/No [ ] |

**Au cours des 14 derniers jours / In the last 14 days :**

*Avez-vous été en contact avec quelqu'un ayant une infection respiratoire ou diagnostiqué avec la COVID-19?  
(À l'exclusion d'avoir été au travail avec un équipement de protection individuelle approprié)*

Were you in contact with someone who had a respiratory infection or someone diagnosed with COVID-19?  
(Excluding if you were at work with appropriate personal protective equipment)

Oui/Yes [ ] Non/No [ ]

***Par respect pour les employé(e)s et les autres membres du Club, nous vous remercions de répondre à ce questionnaire honnêtement et au meilleur de vos connaissances. Le Club se réserve le droit de restreindre l'accès à ceux (celles) qui ne respecteraient pas les lignes directrices de la santé publique en rapport avec la COVID-19.***

**Out of respect for the employees and other members of the Club, we thank you for answering this questionnaire truthfully and to the best of your knowledge. The Club reserves the right to restrict access to members who do not follow COVID-19 public health guidelines.**

Vérifié par/ Verified by: \_\_\_\_\_

Signature du membre/ Member's signature: \_\_\_\_\_