

**QUESTIONS-CONTRÔLES ET RAPPEL**

Le présent document doit être complété et signé par toutes personnes devant se présenter sur un lieu de travail sous le contrôle du producteur, et ce, avant d'être autorisée à accéder audit lieu de travail.

**JE, SOUSSIGNÉ(E), DÉCLARE QUE** (en cochant chacune des cases correspondant aux affirmations décrivant correctement ma situation) :

- je ne vis pas sous le même toit qu'une personne qui a la COVID-19 au cours des 10 derniers jours;
- je n'ai pas obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 (test rapide ou PCR) au cours des 10 derniers jours et je ne suis pas sous investigation ou dans l'attente d'un diagnostic de la COVID-19; et
- je ne présente pas, et je n'ai pas présenté au cours des 10 derniers jours, un ou plusieurs des symptômes suivants : de la toux (nouvelle ou aggravée), de la fièvre (38.1° Celsius et plus), des difficultés respiratoires, la perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale avec ou sans perte de goût ou tout autre symptôme mentionné par les autorités publiques.

**JE COMPRENDS QUE** si je ne peux pas faire l'une ou l'autre des déclarations ci-haut, pour pouvoir être admis sur les lieux de travail, je dois porter un masque de procédure lors de toute interaction sociale, et ce, pendant 10 jours après l'apparition des premiers symptômes ou après la date du test positif à la COVID-19, selon la première éventualité.

**JE COMPRENDS ÉGALEMENT QU'**une fausse déclaration constitue une faute et est passible de sanction, laquelle pourra aller jusqu'à la résiliation du contrat d'engagement.

**JE COMPRENDS FINALEMENT QUE :**

- sur le lieu de travail, je dois respecter les règles d'hygiène des mains, de l'étiquette respiratoire et, lorsqu'exigé, de la distanciation physique;
- si je reçois un diagnostic positif à la COVID-19 après avoir fréquenté un ou des lieux de travail sous le contrôle du producteur, je dois en aviser rapidement celui-ci et suivre les consignes reçues de la part de la Direction générale de la santé publique;
- si je commence à ressentir des symptômes sur un lieu de travail, je dois immédiatement faire un test de dépistage de la COVID-19 (test rapide ou PCR). Si le résultat est positif, je peux poursuivre mes activités à condition de porter un masque de procédure lors de toute interaction sociale, et ce, pendant 10 jours.

**EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À \_\_\_\_\_ CE \_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres majuscules

\_\_\_\_\_  
Signature