

**FORMULAIRE D'AUTODÉCLARATION RELATIF À LA SANTÉ & SYMPTÔMES
DES BÉNÉVOLES ET DE LEURS PROCHES**

Coordonnées du bénévole

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal/Ville _____
Téléphone () - _____

Déclaration relative à la santé et aux symptômes physiques

- Je déclare ne pas avoir voyagé à l'extérieur du pays dans les 3 derniers mois
- Je déclare ne pas être atteint d'aucune des maladies, conditions physiques ou toute autre affection médicale n'ayant pas été mentionnée ci-dessous :

- Maladie cardiaque
- Troubles neurologiques ou neuromusculaires chroniques
- Diabète
- Immunodéficiences
- Maladie hépatique
- Néoplasie
- Néphropathie
- Maladie respiratoire
- Grossesse
- Accouchement récent (moins de 6 mois)

- Je déclare ne pas ressentir un ou plusieurs de ces symptômes:

- Essoufflement/difficultés respiratoires
- Nausées/vomissements
- Maux de tête
- Faiblesse généralisée
- Douleur (musculaire, thoracique abdominale, articulaire, etc.)
- Irritabilité/confusion
- Diarrhée
- Tout autre symptôme inhabituel

- Je m'engage à informer le CAB RDP ainsi que l'organisme auprès duquel je m'implique bénévolement

FORMULAIRE D'AUTODÉCLARATION RELATIF À LA SANTÉ & SYMPTÔMES DES BÉNÉVOLES ET DE LEURS PROCHES

de tout changement relatif à ma santé physique

Déclaration relative aux proches

- Je déclare ne pas être en contact avec une personne ayant reçu un test positif de la COVID-19
- Je déclare ne pas être en contact avec une personne ayant voyagé dans les 3 derniers mois
- Je déclare ne pas être en contact avec une personne présentant un ou plusieurs de ces symptômes :
- Essoufflement/difficultés respiratoires
 - Nausées/vomissements
 - Maux de tête
 - Faiblesse généralisée
 - Douleur (musculaire, thoracique abdominale, articulaire, etc.)
 - Irritabilité/confusion
 - Diarrhée
 - Tout autre symptôme inhabituel
- Je déclare ne pas être en contact avec une personne vulnérable (ex : personne âgée de 70 ans et plus, personne présentant un problème de santé physique chronique, enfants en bas âge, femme enceinte, etc.)
- Je déclare avoir pris connaissance et respecter les directives relatives à l'étiquette respiratoire et à l'hygiène, ainsi qu'aux mesures de distance sociale de deux mètres entre moi et mes proches vulnérables en tout temps

Signature

- Je déclare que les renseignements fournis dans le présent document sont exacts et complets

Signature du bénévole : _____ Date : ____ / ____ / ____