

A remplir lors de chaque visite / 1 formulaire par visiteur adulte

Date/heure de la visite :

Résident.e visité.e /Unité : LS GER LS PAA CS

Nom/Prénom visiteur :

Enfant accompagnant : (prénom, nom, âge)

Votre téléphone :

Votre adresse e-mail :

En signant ce document, j'atteste que :

- Je ne présente pas de symptômes compatibles avec le COVID
- Je ne suis pas en quarantaine pour cause de COVID

De même, je m'engage à :

- Informer l'établissement en cas d'apparition de symptômes dans les 5 jours suivants la visite
- Porter un masque tout au long de la visite
- Me désinfecter les mains avant et après la visite, avant et après le port / dépôt du masque
- Respecter la distance de 2 mètres entre mon proche et moi, en particulier s'il ne porte pas de masque
- Respecter les distances sociales avec d'autres résidents ou collaborateurs

Lu et approuvé

Signature visiteur :

Ces informations pourront être transmises aux autorités sanitaires en cas de symptômes se déclarant dans les 5 jours suivant la visite.