

Déclaration sur l'honneur

Je soussignée _____, déclare sur l'honneur

Pour la visite du ___ / ___ / ____ de ___ h ___ à ___ h ___

Après de _____

Hébergé dans l'établissement _____.

Ne pas avoir pris de traitement antipyrétique (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoire ...) **dans les 12 heures** précédant la visite identifiée ci-dessus ;

Ne pas avoir eu les symptômes suivants **dans les 15 jours** précédant la visite identifiée ci-dessus :

- Fièvre supérieur à 38°C
- Frissons
- Courbatures
- Toux
- Maux de tête
- Fatigue
- Difficultés respiratoires
- Perte de goût ou de l'odorat
- Maux de gorge
- Diarrhées ou vomissements

A _____, le ___ / ___ / ____

Nom-Prénom manuscrit

Signature