



COVID-19

**ATTESTATION**  
*à remplir dans le cadre  
d'une visite en établissement*

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Résident visité : .....

J'atteste :

- Avoir pris et noté ma température : ..... **Si ma température dépasse 37,8°, la visite ne peut avoir lieu.**
- Avoir sincèrement rempli et signé l'auto-questionnaire et pour chacune des questions, numérotée de 1 à 13 avoir répondu : **non.**
- Avoir pris connaissance et signé la charte.
- M'engager à informer sans délai, l'établissement en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte de Covid-19 dans les 8 jours.

Je consens, par la présente signature, à la conservation de tous ces documents, par l'établissement organisant la visite.

Date, heure de la visite et signature :