

# SKY CIRCUS SAS – PLAN COVID 19

## 15 juin 2020

### 1. Identité :

Nom : Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### 2. Ressentez-vous les signes suivants :

Fièvre :  OUI  NON

Toux :  OUI  NON

Fatigue anormale :  OUI  NON

Perte du goût :  OUI  NON

Perte de l'odorat :  OUI  NON

Diarrhée :  OUI  NON

### 3. Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne présentant les symptômes listés ci-dessus ?

OUI  NON Si oui, où et quand : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vous vous engagez en outre à :

- Ne pas venir pratiquer en cas de symptômes possibles du Covid-19: fièvre, toux, fatigue, maux de gorge, courbatures, diarrhée, conjonctivite, maux de tête, perte d'odorat ou du goût.

- Prévenir immédiatement l'école en cas de suspicion ou diagnostic du Covid-19, pour que l'école puisse prévenir l'ensemble des personnes ayant été en contact.

Date et signature :