



REGISTRE DU PERSONNEL / VISITEUR

Questionnaire sur le retour au travail

| | | |
|---|----------------------------|-------------|
| Nom de l'entreprise : | | |
| Nom du travailleur : | Signature du travailleur : | Téléphone : |
| Nom d'une personne-ressource en cas d'urgence : | | Téléphone : |

L'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) évalue le danger associé à la COVID-19 pour la Santé publique au Québec. Malgré ceci, nous souhaitons prendre des mesures préventives afin d'assurer la santé et la sécurité de tous les employés et visiteurs, leur entourage ainsi qu'à l'environnement de travail.

Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire afin d'évaluer que votre présence est sécuritaire lors de votre retour au travail et de remettre ce formulaire au responsable en santé et sécurité du travail (SST).

Toute personne qui retourne sur le chantier après avoir été en isolement, 5 jours si la personne est adéquatement vaccinée et 10 jours si elle n'est pas vaccinée, doit remplir le présent formulaire.

Toutes informations mensongères pourraient amener à un congédiement ou à une dénonciation aux autorités compétentes.

1. Quelle est la date du début de la maladie aiguë? _____ / _____ / _____
(jj) (mm) (aaaa)

1.1 Est-ce que la période de 5 jours (pour la personne adéquatement vaccinée affecté par la COVID) est écoulée ou n'a plus de fièvre depuis les dernières 24 heures ou si les symptômes ont régressé? Oui Non

1.2 Est-ce que la période de 10 jours (pour la personne non vaccinée) est écoulée depuis votre retour au pays? Oui Non

2. Avez-vous eu une absence de fièvre ou une régression des symptômes depuis 24 heures? Oui Non

RÉSERVÉ (RECOMMANDATION): RETOUR AUTORISÉ RETOUR REFUSÉ, MOTIF: _____

| | | |
|----------------------|-------------|--------|
| Nom du responsable : | Signature : | Date : |
|----------------------|-------------|--------|