



Centre Nation  
Médecine esthétique & épilation laser  
24, place de la nation 75012 Paris

### QUESTIONNAIRE DE SANTE

- Pensez-vous avoir ou avoir eu de la fièvre ces derniers jours (frissons, sueur) ?  
 OUI  NON
- Avez-vous des courbatures ?  OUI  NON
- Depuis ces derniers jours, avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ?  OUI  NON
- Ces derniers jours, avez-vous noté une forte diminution ou une perte de votre goût ou de votre odorat ?  OUI  NON
- Ces derniers jours avez-vous eu mal à la gorge ?  OUI  NON
- Ces derniers jours avez-vous eu de la diarrhée (au moins 3 selles molles) ?  OUI  NON
- Ces derniers temps, ressentez-vous une fatigue inhabituelle ?  OUI  NON
- Dans les dernières 24h, avez-vous noté un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou faites un petit effort ?  OUI  NON
- Avez-vous été en contact avec une personne ayant présenté des signes évoquant une atteinte au coronavirus ou avec une personne ayant été infectée par coronavirus ?  
 OUI  NON
- Avez-vous présenté des manifestations cutanées récentes inhabituelles ?  OUI  NON
- Avez-vous eu un test COVID positif il y a moins d'un mois ?  OUI  NON

J'atteste sur l'honneur avoir répondu à ce questionnaire de façon sincère.

Mention manuscrite : « lu et approuvé »

Date et signature :