

**Déclaration sur l'honneur d'évaluation de la santé****Nom de famille:** _____**Prénom:** _____**Programme d'études:** _____**Année d'étude:** _____**Groupe:** _____

Je déclare sous ma propre responsabilité, connaissant les dispositions de l'article 326 du code pénal sur les fausses déclarations, que:

1. Avez-vous vécu / visité au cours du dernier mois des zones ou des pays où étaient des personnes souffraient de l' infection à nouveau coronavirus?

OUI NON

2. Êtes-vous entré en contact direct avec des personnes qui, au cours du dernier mois, ont vécu/visité des régions/pays où étaient des personnes souffraient de l' infection à nouveau coronavirus?

OUI NON

3. Avez-vous été en contact direct avec des personnes dont l'infection par le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) a été confirmée au cours des 30 derniers jours?

OUI NON

4. Avez-vous été hospitalisé au cours des 30 derniers jours?

OUI NON

Si oui, mentionnez l'hôpital/la clinique: _____

5. Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes suivants au cours des 30 derniers jours?

- Fièvre OUI NON

- Mal de tête OUI NON

- Difficulté à respirer OUI NON

- Difficulté à avaler OUI NON

- Toux intense OUI NON

- Fatigue installée sans explication OUI NON

Je donne mon consentement, conformément au règlement (UE) 679/2016 du Parlement Européen et du Conseil du 27.04.2016, sur la protection des données des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles et sur leur libre circulation.

Date d'achèvement: _____

Signature: _____