



Centre hospitalier
Le Quesnoy

EHPAD Les Chênes - USLD
EHPAD Vauban
EHPAD Léonce Bajart
EHPAD Florence Nightingale
EHPAD Pays de Mormal

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ATTESTATION A REMPLIR DANS LE CADRE DES VISITES EN ETABLISSEMENT EN PERIODE DE PANDEMIE COVID-19 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Personne visitée :

J'atteste :

- Avoir sincèrement rempli l'auto-questionnaire et, pour chacune des questions de l'auto-questionnaire, numérotée de 1 à 12 avoir répondu : **non**
- Avoir pris connaissance de la Charte
- M'engager à respecter les consignes de visite détaillées dans la charte et respecter l'ensemble des gestes barrières

- M'engager à informer sans délai l'établissement en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte par le Covid 19 dans les 8 jours

Je consens, par la présente signature, à la conservation de cette attestation par l'établissement organisant la visite.

Date, horaire de la visite, et signature :