



QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À L'INSPECTION

Nous vous prions de répondre au présent questionnaire préalablement à l'inspection de l'immeuble ci-dessous désigné afin de minimiser les risques de propagation du virus de la COVID 19.

Nom de l'occupant : _____

Adresse : _____

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Au cours des six (6) derniers jours, est-ce que vous ou un autre occupant de l'immeuble a été testé positif au virus de la COVID 19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Au cours des six (6) derniers jours, est-ce que vous ou un autre occupant de l'immeuble a présenté des symptômes s'apparentant au virus de la COVID 19 (toux, fièvre, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au cours des six (6) derniers jours, est-ce que vous ou un autre occupant de l'immeuble a été en contact avec une personne ayant été testée positive au virus de la COVID 19 ou ayant présenté des symptômes s'apparentant au dit virus (toux, fièvre, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En apposant votre signature au présent formulaire, vous vous engagez à informer l'inspecteur de tout changement pouvant survenir quant aux réponses ci-avant données, entre maintenant et le moment de son inspection.

Date : _____

Signature de l'occupant : _____

Signature de l'inspecteur : Nicolas Landry