Consentement au dépistage de la **COVID-19** pour les réunions

Section : _____

Événement : _____

Date de l'événement : _____

1. DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION

Je comprends et accepte que la participation à cet événement présente certains risques pour moi et je reconnais ces risques en cochant (✓) « Oui » ou « Non » en réponse aux énoncés suivants. Si vous répondez « Non » à l'une ou l'autre ou aux deux questions, veuillez ne pas participer à cet événement.	**Oui (✓)**	**Non (✓)**
Je comprends que le nouveau coronavirus causant la maladie de la COVID-19 a une longue période d'incubation et que les personnes infectées par le virus peuvent ne pas présenter de symptômes tout en étant contagieuses.		
Je comprends que, en raison de la présence d'autres membres et bénévoles, et des caractéristiques du nouveau coronavirus qui se transmet par voie aérienne, je risque d'être exposé·e à la COVID-19.		

2. QUESTIONS DE DÉPISTAGE

Si vous cochez (✓) « Oui » à l'une des trois questions suivantes, veuillez ne pas participer à l'événement et contacter votre prestataire de soins de santé.		**Oui (✓)**	**Non (✓)**
Santé	Ressentez-vous l'un des symptômes ou signes suivants, qu'ils soient nouveaux ou plus graves, qui ne sont ni chroniques ni liés à d'autres causes ou maladies connues? • Fièvre ou frissons, difficulté à respirer ou essoufflement, mal de gorge/difficulté à avaler, écoulement nasal/nez bouché, diminution ou perte de l'odorat ou du goût, nausées/vomissements/diarrhée/douleurs abdominales, sensation de malaise/fatigue extrême/douleurs musculaires.		
Contacts	Avez-vous été en contact étroit avec un cas confirmé ou probable de COVID-19?		
Voyage(s)	Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours et vous a-t-on dit de vous isoler, conformément à la politique fédérale?		

3. ÉQUIPEMENT DE PROTECTION ET DISTANCIATION

Toutes les personnes présentes doivent suivre toutes les directives locales et provinciales en tout temps. Même si ce n'est pas obligatoire, Retraités fédéraux recommande fortement à toutes les personnes participant aux événements de l'Association de porter des masques et de maintenir une distance physique. Si vous n'êtes pas entièrement vacciné·e, veuillez ne pas assister à cet événement.	**Oui (✓)**	**Non (✓)**
Avez-vous été entièrement vacciné·e (deux doses de vaccins approuvés par le gouvernement fédéral, la dernière dose ayant été administrée il y a au moins deux semaines)? **Si vous cochez (✓) « Oui »**, veuillez remplir la section des coordonnées ci-dessous dans ce formulaire. On vous demandera aussi de fournir une preuve de vaccination pour assister à cet événement. **Si vous cochez (✓) « Non »** veuillez ne pas assister à cet événement.		

Nom : (en caractères d'imprimerie) _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Signature : _____

Association nationale des retraités fédéraux

National Association of Federal Retirees

Ce document ne sera utilisé qu'à des fins de recherche de contacts. Il sera gardé confidentiel par la section et détruit après 90 jours.