

REFERENT COVID-19 :	SEMAINE :									
	lundi		mardi		mercredi		jeudi		vendredi	
Je soussigné(e), atteste :										
• avoir répondu à l'auto-évaluation sur mon état de santé et avoir été informé(e) des risques pour ma santé lié à l'épidémie de COVID-19 ainsi qu'à la faculté de me faire prescrire un arrêt de travail si mon état de santé le justifie ;										
• avoir été sensibilisé(e) aux risques liés à la reprise de l'activité et m'engager au respect strict des gestes barrières et des consignes mises en place ;										
<input type="checkbox"/> Masque à usage non sanitaire (alternatif) de catégorie I ou de protection supérieure (chirurgical, FFP) Type :Quantité :										
<input type="checkbox"/> visiere de protection										
<input type="checkbox"/> Eau et savon liquide										
<input type="checkbox"/> Essuie-mains jetables										
<input type="checkbox"/> Gel hydro-alcoolique										
<input type="checkbox"/> Lingettes / Spray désinfectant(e)s										
<input type="checkbox"/> Gants de travail. Quantité :										
Je m'engage à employer ces équipements conformément aux consignes qui m'ont été données.										
QUESTIONNAIRE JOURNALIER	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
PENSEZ VOUS AVOIR OU AVOIR EU DE LA FIEVRE CES DERNIERS JOURS?										
AVEZ-VOUS DES COURBATURES?										
DEPUIS CES DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS EU UNE AUGMENTATION DE LA TOUX?										
CES DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS UNE PERTE DE L ODORAT OU DE VOTRE GOUT?										
CES DERNIERS JOURS AVEZ-VOUS MAL A LA GORGE?										
CES DERNIERES 24 HEURES AVEZ-VOUS EU DE LA DIARRHEE?										
CES DERNIERS JOURS RESSENTEZ VOUS UNE FATIGUE INHABITUELLE?										
DANS CES DERNIERES 24 HEURES AVEZ-VOUS NOTE UN MANQUE DE SOUFFLE INHABITUEL										
MATIN SIGNATURE										
MATIN SIGNATURE REFERENT COVID 19										
Je soussigné(e), atteste :										
avoir respecter l'ensemble des consignes sanitaires (nettoyage des wc et lavabos, nettoyage refectoire) par mon passage										
avoir respecter l ensemble des barieres sanitaires (respect port Epi sanitaires)										
à ne pas avoir rencontré de contraintes sanitaires sur le chantier (pas de contact avec des gens sans epi)										
APRES MIDI SIGNATURE										
APRES MIDI HEURE SIGNATURE REFERENT COVID 19										

BASE DOCUMENTAIRE SCP VAILLANT & ASSOCIÉS

AVERTISSEMENT

Il est rappelé que les documents mis à disposition sur cette plateforme ne dispensent aucunement les utilisateurs de la consultation d'un professionnel du droit.

Les modèles ne doivent pas être considérés pour autre chose que ce qu'ils sont, c'est à dire des exemples issus de la pratique contractuelle et non des formulaires permettant la rédaction d'un acte définitif valable et efficace dans toutes les situations.

Par ailleurs, les efforts des auteurs afin de tenir les modèles à jour ne garantissent aucunement l'efficacité de l'acte lors du téléchargement. En effet, la rapidité de l'évolution législative, réglementaire et jurisprudentielle rend pratiquement impossible la mise à jour en temps réel.

Il appartient, par conséquent, à l'utilisateur du modèle d'acte d'effectuer, de son propre chef, toutes les recherches documentaires utiles, notamment sur le site www.net-iris.com et sur les sites officiels, tels que, à simple titre d'exemple, www.legifrance.gouv.fr, www.courdecassation.fr, www.conseil-etat.fr, www.conseil-constitutionnel.fr, www.curia.eu.int, www.echr.coe.int, www.justice.gouv.fr, www.minefi.gouv.fr, www.admifrance.gouv.fr, www.assemblee-nationale.fr, www.senat.fr, en vue de rédiger un acte valable et efficace.

S'il n'est pas un professionnel du droit, il lui appartient alors de se faire conseiller lors de la rédaction de l'acte ou postérieurement à celle-ci, avant sa signature.



SCP VAILLANT & ASSOCIÉS
Avocat à la Cour d'Appel de Paris

71 boulevard Raspail - 75006 Paris
Tél. 01.45.44.43.40 - Fax 01.45.48.25.52

cabinet@scpvallant.com
Site : www.cabinet-scpvallant.fr