



ARRÊTEZ!

Si vous répondez **OUI** à l'une des questions ci-dessous, ou si vous êtes incertain de la réponse, **N'ENTREZ PAS SUR LE LIEU DE TRAVAIL** et demandez conseil à votre fournisseur de soins de santé.



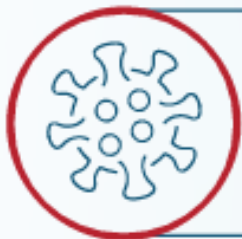
Avez-vous **une toux, de la fièvre, un mal de gorge, de la difficulté à respirer**, ou tout autre nouveau symptôme ou symptôme qui s'aggrave?



Avez-vous **voyagé à l'extérieur du Canada** au cours des 14 derniers jours?



Avez-vous été en **contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aigüe** qui a voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours précédant sa maladie?



Avez-vous été en **contact étroit avec un cas confirmé ou probable de COVID-19** au cours des 14 derniers jours?

Programme de santé au travail de la fonction publique, Santé Canada, juin 2020



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Canada