

**FORMULAIRE COVID – 19**

*Retour d'une zone à risque*

Nom : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone : .....

Adresse postale : .....

Adresse mail : .....

Organisme de sécurité sociale et matricule : ...

Profession : .....

Employeur et adresse: .....

Possibilité télétravail : oui / non

Zone fréquentée et période : .....

.....

Date de départ du domicile : .....

Date de retour au domicile : .....

Observations particulières si besoin :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature :