



Formulaire de contrôle des entrées au camp de la SCSO

Nom: _____

Compagnie: _____

Date du séjour: _____

Nbr de jours du séjour: _____

Départ prévu: _____

Avez-vous été en contact avec une personne ayant contracté le Covid-19 ou variant dans les 14 derniers jours ?

OUI

NON

Avez-vous été vacciné ?

OUI

NON

1 dose

2 doses

Je m'engage à respecter les mesures en place au campement pour contrer la COVID-19

1- Distanciation social

2-Port du masque dans les endroits communs

3-Lavage désinfection des mains

Signature: _____