

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR POUR LES VISITES EN MR-MRS (COVID-19)

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) (Nom et prénom) \_\_\_\_\_

venu(e) rendre visite à (Nom et prénom du résident) \_\_\_\_\_

ce (date et heure) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur :

- avoir pris connaissance des mesure spécifiques liées aux visites (cf. circulaire du 27 avril 2020 et règlement interne de la maison de repos), et m'engage à les respecter :
  - pratique de l'hygiène des mains par désinfection eu gel hydro-alcoolique avant de s'installer
  - port du masque chirurgical obligatoire
  - principe de distanciation physique (1,5m entre le résident et son visiteur ainsi qu'entre les visiteurs entre eux)
  - interdiction des contacts physiques (hors situation de fin de vie)
  - interdiction de remise d'objets en direct à la personne visitée
  - laisser ses effets personnels dans leur véhicule ;
  - être conscient des risques de contamination que j'encours ou que je fais encourir à mon proche;
  - ne pas avoir ressenti de symptômes depuis 14 jours et avoir répondu honnêtement et correctement à l'annexe de cette attestation.

J'ai pris connaissance que le non-respect de ces directives entrainera le refus d'accès à l'établissement.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature du visiteur (ou, si mineur, de son représentant légal) :

## ANNEXE : ATTESTATION D'ABSENCE DE SYMPTÔMES

Durant les 14 derniers jours, avez-vous ressenti les symptômes détaillés ci-dessous ?

- |                       |   |          |
|-----------------------|---|----------|
| <input type="radio"/> | Fièvre>37,7   | OUI -NON |
| <input type="radio"/> | Toux  | OUI -NON |
| <input type="radio"/> | Diarrhée, nausées, vomissements   | OUI -NON |
| <input type="radio"/> | Nez qui coule   | OUI -NON |
| <input type="radio"/> | Perte de goût ou d'odorat   | OUI -NON |
| <input type="radio"/> | Douleurs musculaires, nuque, jambes...                                    | OUI -NON |
| <input type="radio"/> | Fatigue   | OUI -NON |
| <input type="radio"/> | Mal de gorge  | OUI -NON |
| <input type="radio"/> | Apparition de taches rouges (douloureuses ou pas)<br>sur les mains/doigts | OUI -NON |

Durant les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec  
une personne de votre entourage testée positive au COVID-19 ? OUI -NON

Durant les 14 derniers jours, avez-vous été testé positif au COVID-19 ? OUI -NON

Si la réponse à l'une de ces questions est **oui**, la visite ne peut pas avoir lieu.