



# Mon geste en +

Notez ci-dessous les personnes, hors de votre foyer, avec lesquelles vous avez eu un contact étroit (moins d'1 mètre) ou prolongé (plus de 15 minutes). Il n'est pas nécessaire d'inclure les personnes croisées dans l'espace public.

Vous pouvez remplir ce formulaire directement sur votre ordinateur ou l'imprimer. Dans ce cas, pensez à le remplir au crayon à papier ! Vous pourrez ainsi gommer et réutiliser les feuilles après 15 jours de saisie.

| Date         | Qui ?<br>(nom ou qualité) | Lieu  | Distance   | Durée  | Port d'un masque  |
|--------------|---------------------------|---|--|--|---|
|              |                           | Domicile<br>Lieu de travail<br>École<br>Lieu de soins<br>Autre (ex. commerce, véhicule, bar/restaurant) | < 1 mètre<br>> 1 mètre                                 | < 15 min.<br>> 15 min.                                 | Moi<br>Elle/Lui   |
| Ex. 10/05/20 | Coiffeur                  | Salon de coiffure   | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

|       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |