



SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE OUVRIÈRE PROVENÇALE
DE THÉS ET INFUSIONS

QUESTIONNAIRE SANTE

DATE DE L'ACCUEIL :

HEURE :

PERSONNE EFFECTUANT L'ACCUEIL :

PERSONNE ACCUEILLIE :

SOCIETE (noter « visiteur » le cas échéant) :

**LA PERSONNE ACCUEILLIE DECLARE-T-ELLE SOUFFRIR DES SYMPTOMES
SUIVANTS (entourez le/les symptômes)**

Maux de tête - nausée - vomissements - fièvre - maux de ventre

Diarrhée - fatigue importante - tremblements - démangeaisons - toux

Eruptions cutanées -

OUI (voir liste)

NON, aucun symptôme

**J'ATTESTE SUR L'HONNEUR QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT
EXACTS**

NOM ET SIGNATURE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE :

Cette fiche devra être remise au service Qualité/Sécurité alimentaire pour archivage