

## Registre quotidien

**Nom :**

Prénom :

**Date début JJ-MM-AAAA :**

***Veillez cocher la case correspondante si vous avez l'un des symptômes suivants***

**Si les symptômes apparaissent, veuillez consulter un médecin et aviser le soignant que vous avez peut-être été exposé au A(H5N1).**

[illegible]