

La présente déclaration s'adresse à toute personne désirant visiter ou avoir accès à l'immeuble. Elle s'adresse également aux occupants des lieux à être visités.

Une fois rempli, ce formulaire de déclaration pourra être présenté au propriétaire, à l'occupant des lieux ou à toute personne impliquée dans la visite de la propriété. Elle sera conservée au dossier par le titulaire de permis dans le dossier de contrat de courtage ou le dossier de transaction, et ce, pour la même durée que les autres documents liés au dossier.

Si vous répondez « oui » à une des quatre questions suivantes, la visite des lieux ou l'accès à l'immeuble ne sera pas possible. **La Santé publique du Québec recommande une période d'isolement d'un minimum de 5 jours (10 jours pour les personnes non adéquatement vaccinées) à compter de la date où vous avez eu un contact à risque élevé avec une personne atteinte de la COVID ou de la date du prélèvement d'un test de dépistage positif à la COVID. La Santé publique du Canada impose une quarantaine de 14 jours à partir de la date d'arrivée pour tous les voyageurs non adéquatement vaccinés qui entrent au Canada en provenance de l'extérieur du pays.**

### POUR LES VISITEURS

Comme visiteur, vous vous engagez à respecter les directives qui vous seront données par le courtier immobilier présent lors de la visite et êtes conscient que tout non-respect de ces directives pourrait entraîner une interruption immédiate de la visite. Le courtier immobilier pourrait vous demander de quitter les lieux.

1. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours ?

Oui                      Non

2. Avez-vous été en contact à l'intérieur (dans un lieu fermé, sans le port du masque par l'une des personnes) avec une personne atteinte de la COVID-19 au cours des 5 derniers jours (10 jours pour les personnes non adéquatement vaccinées) ?

Oui                      Non

3. Avez-vous ressenti des symptômes du rhume ou de la grippe au cours des 10 derniers jours ?  
(Fièvre, toux, mal de gorge, difficultés respiratoires, soudaine perte de l'odorat)

Oui                      Non

4. Avez-vous effectué un test de dépistage à la COVID-19 et dont le résultat était positif au cours des 5 derniers jours (10 jours pour les personnes non adéquatement vaccinées) ?

Oui                      Non

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de l'immeuble visité : \_\_\_\_\_

Signé à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**Le fait de cocher cette case remplace votre signature et confirme que les informations contenues dans le présent formulaire sont conformes.**