Questionnaire VGT sur le virus SARS-CoV-2

Événement "_____"

Le soussigné confirme que les participants énumérés ci-dessous se conforment à la règle VGT (voir Concept d'hygiène FISB).

Nation	Chef d'équipe/ Responsable

Nom du participant	Vacciné	Guéri	Testé	Étudiant

Date	Signatur chef d'équipe/Responsable