

Formulaire de rapport du COVID-19

DATE : _____

1) Renseignements sur l'organisme :

a) Nom de l'organisme : _____

b) Personne-ressource :

c) Coordonnées : _____

2) Renseignements relatifs à la COVID-19 :

a) Veuillez indiquer le nombre de cas confirmés ou présumés de COVID-19 dans votre organisme et si le personnel ou les clients ont été touchés :

b) Veuillez fournir des renseignements sur tout changement **important** apporté à la prestation de services dans votre organisme :

c) Veuillez fournir des renseignements supplémentaires sur ce que fait l'organisme pour garantir que les services continuent d'être fournis en toute sécurité pour le personnel et les clients :

Directives : Veuillez envoyer ce formulaire rempli à l'adresse cdcinfo@gov.mb.ca.

Disponible en d'autres formats, sur demande.