



Facility Check-in Form

Please complete the following screening questions upon or prior to entering a city facility. Every person must complete the screening every time they enter a facility.

Veillez remplir ce formulaire avant ou à l'entrée dans un établissement de la ville et on doit le remplir à chaque fois, à chaque visite.

Attendee Name: Nom du visiteur: *


Telephone Number. Numéro de téléphone *

Email Address: Adresse courriel:

Date of Visit. Date de la visite *



Time of Visit. Heure de la visite



Location. Lieu, établissement *

- City Hall
- Don Shepherdson Memorial Arena
- Dymond Community Hall
- Dymond Fire Hall
- Library
- New Liskeard Community Hall
- Public Works - Dymond
- Public Works - Haileybury
- Public Works - New Liskeard
- Riverside Place
- Shelley Herbert-Shea Memorial Arena
- Waterfront Pool and Fitness Centre

Have you had close contact with a confirmed or probable case of COVID-19 or travelled outside of Canada in the last 14 days? Avez-vous été en contact avec une personne qui a définitivement ou probablement le COVID-19, Avez-vous voyagé en dehors du Canada *

- Yes
 No

Do you have any of the following new or worsening symptoms or signs: fever or chills, difficulty breathing or shortness of breath, cough, sore throat, trouble swallowing, runny nose/stuffy nose, nasal congestion, decrease or loss of smell or taste, nausea *

- Yes
 No

Release - The undersigned agrees to the waiver (<https://www.temiskamingshores.ca/en/city-hall/waiver.aspx>) and that, in using City of Temiskaming Shores facilities he/she does so entirely at their own risk and hereby releases Temiskaming Shores, its staff and suppliers from any and all claims.

Dégagement de responsabilité - Le soussigné accepte la renonciation (<https://www.temiskamingshores.ca/en/city-hall/waiver.aspx>) et, en utilisant les installations de la ville de Temiskaming Shores, il / elle le fait entièrement à ses propres risques et libère par la présente Temiskaming Shores, son personnel et ses fournisseurs de toute réclamation.

I agree to the following... J'accepte ce qui suit... *

- By ticking this box and clicking the submit button, I agree and consent to the terms of: That this information you provided is accurate and truthful. That this data can be shared with the local health unit En cochant cette case et/ou en cliquant sur le bouton Soumettre, j'affirme que les informations fournies sont exactes et véridiques. J'accepte également que ces données peuvent être partagées avec le Bureau de santé local

Signature *

Clear

Submit

© 2020 City Of Temiskaming Shores
325 Farr Drive
P.O. Box 2050
Haileybury, ON
P0J 1K0
Phone: 705-672-3363
Fax: 705-672-3200