# Concernant votre entourage immédiat (les personnes qui vivent régulièrement avec vous sous votre toit).

* Combien parmi ces personnes pratiquent l’apiculture ? Nombre : \_\_
* Combien parmi ces personnes ne pratiquent pas l’apiculture ? Nombre : \_\_

## Parmi les personnes de votre entourage immédiat pratiquant l’apiculture

* Combien ont subi une ou plusieurs piqûres d’abeille ?
  + Depuis le mois de décembre 2019 : Nombre : \_\_
  + Pas depuis le mois de décembre 2019 : Nombre : \_\_
* *Parmi celles qui ont été piquées par une ou plusieurs abeilles depuis le mois de décembre 2019*, combien ont présenté des symptômes ou une affection en lien avec une infection par le COVID-19, diagnostiquée par un médecin et prouvée par un test biologique (PCR et/ou présence d’anticorps) : Nombre : \_\_
* *Parmi celles qui n’ont pas été piquées par une ou plusieurs abeilles depuis le mois de décembre 2019*, combien ont présenté des symptômes ou une affection en lien avec une infection par le COVID-19, diagnostiquée par un médecin et prouvée par un test biologique (PCR et/ou présence d’anticorps) : Nombre : \_\_

## Parmi les personnes de votre entourage immédiat qui ne pratiquent pas l’apiculture

* Combien ont subi une ou plusieurs piqûres d’abeille ?
  + Depuis le mois de décembre 2019 : Nombre : \_\_
  + Pas depuis le mois de décembre 2019 : Nombre : \_\_
* *Parmi celles qui ont été piquées par une ou plusieurs abeilles depuis le mois de décembre 2019*, combien ont présenté des symptômes ou une affection en lien avec une infection par le COVID-19, diagnostiquée par un médecin et prouvée par un test biologique (PCR et/ou présence d’anticorps) : Nombre : \_\_
* *Parmi celles qui n’ont pas été piquées par une ou plusieurs abeilles depuis le mois de décembre 2019*, combien ont présenté des symptômes ou une affection en lien avec une infection par le COVID-19, diagnostiquée par un médecin et prouvée par un test biologique (PCR et/ou présence d’anticorps) : Nombre : \_\_

# Vous êtes apiculteur :

* Sexe : M : ⬜ F : ⬜
* Age : \_\_ ans
* Type d’activité : Professionnel : ⬜

Amateur : ⬜

Pluriactif : ⬜

* Département de résidence : \_\_

Avez-vous subi une ou plusieurs piqûres d’abeilles ?

* Depuis le mois de décembre 2019 : Oui : ⬜ Non : ⬜
* Pas depuis le mois de décembre 2019 : Oui : ⬜ Non : ⬜

Avez-vous présenté des symptômes ou une affection en lien avec une infection par le COVID-19, diagnostiquée par un médecin et prouvée par un test biologique (PCR et/ou présence d’anticorps) ?

Oui : ⬜ Non : ⬜

* Avez-vous respecté les mesures barrières de prévention ?

Oui : ⬜ Non : ⬜ Occasionnellement : ⬜