



Questionnaire CORONAVIRUS COVID-19

Formulaire valable pour une seule sortie ou entraînement, établi le jour même.

Date et plage horaire de la sortie ou de l'entraînement
 / / deH..... àH.....

Identification du participant (nom / prénom) :

Né le : Sexe M F

Représentant Légal (nom / prénom) :

Adresse :

N°Portable : Courriel :

Relation avec le participant : Père - Mère - Autre (précisez) :

Etat de santé du participant dans les 14 jours précédant la sortie ou l'entraînement.

Une réponse positive doit exclure toute reprise de l'activité sportive et doit orienter vers un test PCR.

1) maux de tête ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2) douleurs musculaires inhabituelles (des courbatures inhabituelles) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
3) fatigue inhabituelle ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4) fièvre ou frissons ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5) toux ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
6) maux de gorges ou nez qui coule ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
7) douleurs thoraciques (douleurs à la poitrine) inhabituelles ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
8) gêne pour respirer au repos ou à l'effort ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
9) perte du goût ou l'odorat ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
10) vomi ou diarrhée ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
11) prise de paracétamol ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
12) contact avec une personne ayant présenté les signes ci-dessus ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
13) contact avec un cas confirmé d'infection à SARSCoV-2 (CODIVD 19) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Fait à :

Le àH.....mn

Signature (pour les mineurs celle du représentant légal)