

# **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom : \_\_\_\_\_

Club : \_\_\_\_\_

Date et heure de l'entraînement : \_\_\_\_\_

Enseignant : \_\_\_\_\_

### Avez-vous remarqué l'un des symptômes suivants au cours des 14 derniers jours ?

	Symptômes	Oui	Non
1	Température corporelle supérieure 37.5 °C		
2	Toux sèche		
3	Gorge irritée		
4	Apparition soudaine d'un essoufflement		
5	Apparition soudaine de vomissements et / ou de diarrhée		
6	Apparition soudaine de douleurs articulaires et / ou musculaires		
7	Fatigue sans cause connue		

### Les affirmations suivantes sont-elles vraies pour vous ?

		Oui	Non
A	Au cours des 14 derniers jours, avez-vous rencontré une personne présumée ou déclarée infectée par le Covid-19 ?		
B	Y a-t-il quelqu'un dans votre ménage sous quarantaine autonome ou officiellement imposée ?		
C	Vivez-vous dans le même ménage avec une personne exposée et fragile (> 70 ans, immunodéficience en pathologie cardiaque ou en pathologie pulmonaire chronique) ?		

### Je reconnais que

- Si j'ai eu le COVID-19 et ai été hospitalisé, je dois d'abord consulter un médecin avant ma reprise d'activité,
- Si au cours des 14 derniers jours j'ai eu des symptômes faisant suspecter une infection au COVID-19, je dois présenter un test négatif de la présence de covid-19.

\_\_\_\_\_  
Signature entraîneur

\_\_\_\_\_  
Signature pratiquant / parent