

**WU SHU KWOON - KUNG FU | SANDA**  
**WUSHU CARIGNAN - 3373502098**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL COVID-19** (Français)

---

Nom de l'entreprise : WU SHU KWOON ( Wushu Carignan )

Prénom adhérent : \_\_\_\_\_ Nom adhérent : \_\_\_\_\_

Veuillez répondre à ce questionnaire médical afin d'évaluer si votre présence à l'école est sécuritaire

Avez-vous actuellement les symptômes suivants ? Oui | Non

- Frissons, fièvre (plus de 38 °C)
- Toux récente ou aggravation d'une toux chronique
- Difficultés respiratoires
- Perte soudaine de l'odorat ou du goût

**Répondre aux questions suivantes:**

- A. Avez-vous un ou plusieurs symptômes : Oui | Non  
Fatigue intense, douleur musculaire ou courbature, mal de tête, perte de l'appétit
- B. Nausées, vomissements ou de la diarrhée dans les 12 dernières heures
- C. Avez-vous eu un mal de gorge sans autre cause évidente

**Avez-vous été en contact avec une personne atteinte par la COVID-19 ?**

**Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada au cours des 14 derniers jours ?**

**Avez-vous été vacciné avec la première dose ?**

**Avez-vous été vacciné avec la première et deuxième dose ?**

Je m'engage à prendre les mesures nécessaires pour protéger ma santé, ma sécurité et celles de mes collègues de travail. De plus, je m'engage à respecter les lignes directrices émises par la Santé publique ainsi que dans le protocole instauré dans mon entreprise.

Je m'engage à informer immédiatement mon responsable de tout changement quant à mon état de santé.

Je confirme par la présente que ma déclaration dans ce formulaire est authentique par l'inscription de mon nom dans le registre des participants.

---

(Signature du membre ou tuteur légal)

---

(Signature de l'instructeur)