QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE QUOTIDIEN COVID-19

Ce questionnaire doit être rempli par tous les membres avant la reprise de l'entraînement sur glace. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tout un chacun soit conscient des risques associés à la pratique sportive.

COORDONNÉES			
Nom		**Prénom**	
Adresse courriel			
Téléphone			
Discipline			

	OUI	**NON**
1. Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19? (Fièvre, toux, difficultés respiratoires, perte soudaine d'odorat ou du goût sans congestion nasale)	○	○
2. Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes (fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au cœur), diarrhée)?	○	○
3. Habitez-vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19?	○	○
4. Êtes-vous en attente d'un résultat ou cohabitez-vous avec quelqu'un qui est en attente d'un résultat du test de dépistage pour la COVID-19?	○	○
En signant ce questionnaire, vous vous engagez à rapporter tout changement à votre état de santé. Vous déclarez comprendre à cet effet votre obligation prévue à l'article 49 de la LSST (protéger sa santé, sa sécurité, son intégrité physique et ne pas mettre en danger les autres)		

J'AI SIGNÉ LA PRÉSENTE DÉCLARATION LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

Nom du participant (lettres moulées)

Nom du parent/tuteur/responsable légal (si le participant est mineur ou ne peut légalement donner son accord)

Signature du participant

Signature du parent/tuteur/responsable légal

Lieu :

Date :

IMPRIMER ICI

RÉINITIALISER ICI