

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom : _____

Club : _____

Date et heure de l'entraînement : _____

Enseignant : _____

A. Avez-vous remarqué un des symptômes suivants au cours des dernières 24h ?

	Symptômes	Oui	Non
1	Température corporelle supérieure 38.1 °C enfant ou 38.0 °C pour adulte		
2	Perte soudaine d'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût		
3	Nouvelle toux ou aggravation d'une toux		
4	Apparition soudaine d'un essoufflement ou difficulté à respirer		
5	Mal de gorge		

B. Avez-vous remarqué deux des symptômes suivants au cours des dernières 24h ?

	Symptômes	Oui	Non
1	Maux de ventre		
2	Nausées (maux de cœur) ou vomissements		
3	Diarrhées		
4	Grande fatigue sans cause connue		
5	Perte d'appétit importante		
6	Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique)		
7	Mal de tête		

L'affirmation suivante est-elle vraie pour vous ?

		Oui	Non
1	Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact direct avec une personne déclarée infectée par le Covid-19 ?		

Si vous avez indiqué OUI à UN symptôme de la section A, DEUX symptômes de la section B ou à l'affirmation, vous devez rester chez vous. 24h après l'apparition des premiers symptômes, vous devez compléter le formulaire d'autoévaluation : [Formulaire d'autoévaluation Covid-19](#)

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 pendant plus de 24h faisant suspecter une infection à la COVID-19 et que je n'ai pas passé de test d'autoévaluation ou de dépistage, alors il y a eu plus de 10 jours depuis les premiers symptômes ET je n'ai plus de fièvre depuis au moins 48h ET mes symptômes se sont améliorés depuis au moins 24h (excluant la toux ou perte d'odorat qui peuvent durer plus longtemps).

Signature pratiquant / parent