



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ / HEALTH FORM

Nom / Name : _____

Club et province, état / Club and province, state: _____

Date / Date : _____

Encercler votre statut / Enclose your status :

Athlète/Athlete – Entraîneur/Coach - Arbitre/Referee – Bénévole/Volunteer –
Autre/Other

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

Have you noticed any of the following symptoms in the past 24 hours ?

	Symptômes	Oui/Yes	Non/No
1	Température corporelle supérieure 38.1 °C / Fever above 38.1 degrees Celsius		
2	Perte soudaine d'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût / Sudden loss of sense of smell without nasal congestion, with or without loss of taste		
3	Nouvelle toux ou aggravation d'une toux / Recent cough or worsening cough		
4	Apparition soudaine d'un essoufflement ou difficulté à respirer / Shortness of breath		
5	Mal de gorge / Sore throat		

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

Have you noticed two (2) of the following symptoms in the last 24 hours ?

	Symptômes	Oui/Yes	Non/No
1	Maux de ventre / Stomach aches		
2	Nausées (maux de cœur) ou vomissements / Nausea or vomiting		
3	Diarrhées / Diarrhea		
4	Grande fatigue sans cause connue / Severe fatigue for unknown reason		
5	Perte d'appétit importante / Significant loss of appetite		
6	Douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique) / Generalized muscle pain (not related to physical exertion)		
7	Mal de tête / Headache		

**C. La ou les affirmation(s) suivante(s) est-elle vraie pour vous ?
Are the following statements true for you?**

		Oui/Yes	Non/No
1	Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact direct avec une personne déclarée infectée par le Covid-19 ? / In the past 14 days, have you been in close contact with a person reported to be infected with Covid-19?		
2	Êtes-vous en attente d'un résultat pour un test de Covid-19? / Are you waiting for a Covid-19 test result?		

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 à :

<https://covid19.quebec.ca/surveys/cdd2/introduction?language=fr-ca>

If you indicated YES to ONE symptom in section A, TWO symptoms in section B or to one of the statement, you must stay home. 24 hours after the onset of the first symptoms, you must complete the Covid-19 Self-Assessment Form at :

<https://covid19.quebec.ca/surveys/cdd2/introduction?language=fr-ca>

Signature pratiquant / parent ou tuteur (si athlète mineur)
Participant signature / parent or guardian if participant is less than 18

Nom du parent ou tuteur (si athlète mineur)
Name parent or guardian if participant is less than 18