

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE SANTÉ ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A remplir avant les entraînements/stage et matchs

DATE
NOM
PRÉNOM

1) Avez-vous été, depuis le dernier rassemblement, en contact avec une personne présentant le COVID ? (OUI/NON)

2) Avez-vous actuellement le COVID ? (OUI/NON)
PRISE DE TEMPERATURE :°C

3) Durant ces derniers jours, avez-vous présenté ou présentez-vous encore ces symptômes ?

- De la fièvre > ou = à 38°C
 Une toux
 Un essoufflement
 Une perte de gout et/ou de l'odorat
 Des céphalées
 Des courbatures
 Une grosse fatigue
 Un syndrome diarrhéique de plus de 3 selles quotidiennes
 Des douleurs thoraciques (à type de brûlures)
 Des signes cutanés des mains ou des pieds (type engelure)

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, **vous n'êtes pas en mesure de venir à l'entraînement, au match ou au stage sans avoir consulté ou passé un test PCR** (prélèvement naso-pharyngien), test gratuit sans ordonnance.

- > **Contactez le COVID-Manager de votre club ou à défaut votre entraîneur pour l'avertir de votre absence.**
 > **Consultez votre médecin traitant ou votre médecin de club.**
 > **Informez votre médecin de club, si vous avez vu votre médecin traitant, qui lui informera le médecin de sa ligue.**

J'atteste sur l'honneur la véracité des informations renseignées ci-dessus.

Date et signature :



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE SANTÉ ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A remplir avant les entraînements/stage et matchs

DATE
NOM
PRÉNOM

1) Avez-vous été, depuis le dernier rassemblement, en contact avec une personne présentant le COVID ? (OUI/NON)

2) Avez-vous actuellement le COVID ? (OUI/NON)
PRISE DE TEMPERATURE :°C

3) Durant ces derniers jours, avez-vous présenté ou présentez-vous encore ces symptômes ?

- De la fièvre > ou = à 38°C
 Une toux
 Un essoufflement
 Une perte de gout et/ou de l'odorat
 Des céphalées
 Des courbatures
 Une grosse fatigue
 Un syndrome diarrhéique de plus de 3 selles quotidiennes
 Des douleurs thoraciques (à type de brûlures)
 Des signes cutanés des mains ou des pieds (type engelure)

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, **vous n'êtes pas en mesure de venir à l'entraînement, au match ou au stage sans avoir consulté ou passé un test PCR** (prélèvement naso-pharyngien), test gratuit sans ordonnance.

- > **Contactez le COVID-Manager de votre club ou à défaut votre entraîneur pour l'avertir de votre absence.**
 > **Consultez votre médecin traitant ou votre médecin de club.**
 > **Informez votre médecin de club, si vous avez vu votre médecin traitant, qui lui informera le médecin de sa ligue.**

J'atteste sur l'honneur la véracité des informations renseignées ci-dessus.

Date et signature :



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE SANTÉ ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A remplir avant les entraînements/stage et matchs

DATE
NOM
PRÉNOM

1) Avez-vous été, depuis le dernier rassemblement, en contact avec une personne présentant le COVID ? (OUI/NON)

2) Avez-vous actuellement le COVID ? (OUI/NON)
PRISE DE TEMPERATURE :°C

3) Durant ces derniers jours, avez-vous présenté ou présentez-vous encore ces symptômes ?

- De la fièvre > ou = à 38°C
 Une toux
 Un essoufflement
 Une perte de gout et/ou de l'odorat
 Des céphalées
 Des courbatures
 Une grosse fatigue
 Un syndrome diarrhéique de plus de 3 selles quotidiennes
 Des douleurs thoraciques (à type de brûlures)
 Des signes cutanés des mains ou des pieds (type engelure)

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, **vous n'êtes pas en mesure de venir à l'entraînement, au match ou au stage sans avoir consulté ou passé un test PCR** (prélèvement naso-pharyngien), test gratuit sans ordonnance.

- > **Contactez le COVID-Manager de votre club ou à défaut votre entraîneur pour l'avertir de votre absence.**
 > **Consultez votre médecin traitant ou votre médecin de club.**
 > **Informez votre médecin de club, si vous avez vu votre médecin traitant, qui lui informera le médecin de sa ligue.**

J'atteste sur l'honneur la véracité des informations renseignées ci-dessus.

Date et signature :



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE SANTÉ ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A remplir avant les entraînements/stage et matchs

DATE
NOM
PRÉNOM

1) Avez-vous été, depuis le dernier rassemblement, en contact avec une personne présentant le COVID ? (OUI/NON)

2) Avez-vous actuellement le COVID ? (OUI/NON)
PRISE DE TEMPERATURE :°C

3) Durant ces derniers jours, avez-vous présenté ou présentez-vous encore ces symptômes ?

- De la fièvre > ou = à 38°C
 Une toux
 Un essoufflement
 Une perte de gout et/ou de l'odorat
 Des céphalées
 Des courbatures
 Une grosse fatigue
 Un syndrome diarrhéique de plus de 3 selles quotidiennes
 Des douleurs thoraciques (à type de brûlures)
 Des signes cutanés des mains ou des pieds (type engelure)

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, **vous n'êtes pas en mesure de venir à l'entraînement, au match ou au stage sans avoir consulté ou passé un test PCR** (prélèvement naso-pharyngien), test gratuit sans ordonnance.

- > **Contactez le COVID-Manager de votre club ou à défaut votre entraîneur pour l'avertir de votre absence.**
 > **Consultez votre médecin traitant ou votre médecin de club.**
 > **Informez votre médecin de club, si vous avez vu votre médecin traitant, qui lui informera le médecin de sa ligue.**

J'atteste sur l'honneur la véracité des informations renseignées ci-dessus.

Date et signature :

