

COVID - 19

Questionnaire de dépistage quotidien

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

1 - COORDONNÉES

| | |
|----------------------------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| Adresse courriel | |
| Téléphone | |
| Nom du club d'appartenance | |
| Discipline | |

2 - Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre, toux récente, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale) ?

COCHER LA CASE

| | |
|------------|------------|
| OUI | NON |
| | |

3 - Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au cœur), diarrhée) ?

COCHER LA CASE

| | |
|------------|------------|
| OUI | NON |
| | |

4 - Habitez-vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19 ?

COCHER LA CASE

| | |
|------------|------------|
| OUI | NON |
| | |

5 - Est-ce que vous êtes 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 ?

COCHER LA CASE

| | |
|------------|------------|
| OUI | NON |
| | |

6. Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille ?

COCHER LA CASE

| | |
|------------|------------|
| OUI | NON |
| | |

*7. Êtes-vous atteint de diabète ?

COCHER LA CASE

| | |
|------------|------------|
| OUI | NON |
| | |

*8. Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme)?

COCHER LA CASE

| | |
|------------|------------|
| OUI | NON |
| | |

9. 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).

SIGNATURE DU PATINEUR :

_____ DATE : _____

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR : :

_____ DATE : _____