

Protocole Reprise – stade 0

Questionnaire JOUEURS et EDUCATEURS

NOM.....Prénom.....

Club :

atteste, en toute connaissance de cause suite aux mesures prises face à la pandémie liée au COVID 19 :

→ A eu le COVID : oui non

→ A eu des contacts connus avec des personnes COVID positif : oui non

→ A présenté les symptômes suivants au cours des 3 derniers mois :

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| - Fièvre supérieur à 38° : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Toux : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Essoufflement : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Perte de l'odorat et/ou du goût : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Mal de gorge : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Fatigue inhabituel : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| - Maux de tête : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |

→ Antécédents de problèmes cardiaque et/ou pulmonaire : oui non

Fait à _____ le _____

Signature _____