

AUTO-QUESTIONNAIRE COVID 19 COMPÉTITEUR / ENTRAÎNEUR / MEMBRE ORGANISATION

<i>Depuis le début du confinement, avez-vous présenté un épisode de ...</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
1 - Fièvre (Température sup. ou égale à 38°C sur plusieurs prises) ?		
2 - Toux récente ou une toux aggravée sur plusieurs jours ?		
3 - Gêne respiratoire récente ou aggravée ?		
4 - Douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?		
5 - Douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée ?		
6 - Maux de gorge ou un écoulement nasal ?		
7 - Fatigue importante et anormale ?		
8 - Maux de tête inhabituels ?		
9 - Perte du goût et/ou de l'odorat ?		
10 - Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations ?		
<i>Avez-vous ...</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
11 - Été testé positif au Covid 19 ?		
12 - Été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ? <i>Cette question ne concerne pas le personnel soignant sauf si ce dernier a été en contact sans protection adaptée</i>		

Si réponse **NON** à toutes les questions, admission possible dans les conditions identiques à celle d'avant l'apparition du Covid 19

Si réponse **OUI** à une des questions, nécessité de consulter un médecin avant la reprise ou le début des activités sportives et subaquatiques dans le respect de l'annexe médicale produite à cet effet par la FFESSM.

Attestation à remettre à l'organisateur

Je soussigné reconnais :

- Avoir pris connaissance de l'auto-questionnaire Covid 19 et n'avoir indiqué « Oui » à aucune des questions posées.
- Avoir été informé qu'en l'état des connaissances sur le Covid 19, d'éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique compétitive.

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date : _____ **Signature :** _____