



NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Club : .....

Adresse email : ...../n° téléphone : .....

Dans le cadre des mesures de prévention sanitaire liées à la COVID 19, nous vous rappelons que le port du masque sera obligatoire dès votre arrivée sur le site et que nous vous demandons de bien vouloir respecter les consignes qui vous seront données. Par ailleurs, nous vous adressons un questionnaire ci-joint que nous vous remercions de bien vouloir renseigner avant votre arrivée sur le site. Si vous avez répondu « oui » à une des questions, vous êtes invité à ne pas vous rendre à la session de formation et, le cas échéant, vous isoler et consulter un médecin.

## QUESTIONNAIRE Parcours de Performance Fédéral - COVID 19

- OUI / NON Avez-vous de la fièvre > 38°C ?
- OUI / NON Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous une difficulté à respirer ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous une douleur dans la poitrine ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous des maux de tête ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous des éruptions cutanées ou des engelures ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous de la diarrhée ces dernières 24 heures ?
- OUI / NON Avez-vous une perte de goût ou de l'odorat depuis 7 jours ?
- OUI / NON Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? Si OUI (répondre à la question ci-dessous)
- OUI / NON Cette fatigue vous oblige-t-elle à vous reposer plus de la moitié de la journée ?
- OUI / NON Êtes-vous dans l'impossibilité de vous alimenter ou de boire depuis 24 h ou plus ?
- OUI / NON Avez-vous été en contact avec des personnes ayant eu la maladie COVID-19 ou suspectes depuis 7 jours ?
- OUI / NON Avez-vous consulté un médecin pour des symptômes se rapportant à la maladie COVID-19 depuis 7 jours ?
- OUI / NON Avez-vous été alerté d'un cas contact par l'application STOPCOVID depuis 7 jours ?
- OUI / NON Avez-vous eu un test PCR positif pour la maladie COVID-19 depuis 7 jours ?

**VOUS ÊTES INVITÉ A NE PAS VOUS RENDRE EN STAGE ET, LE CAS ECHEANT, VOUS ISOLER et CONSULTER UN MEDECIN si**

- ⇒ Vous avez la maladie Covid-19
- ⇒ Vous avez été en contact avec un malade du Covid-19
- ⇒ Si vous avez répondu "OUI" à une des questions ci-dessus