

AUTO-QUESTIONNAIRE SANITAIRE

FORMULAIRE À REMETTRE OBLIGATOIREMENT À UN DIRIGEANT

Nom / Prénom : _____	Date et Signature
Adresse : _____	
N° de licence : _____	Club : _____
N° tél. : _____	e-mail : _____

1. Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

SYMPTÔMES MAJEURS

- Fièvre (température mesurée >38°C) ☐ Oui - Non ☐
- Toux sèche ☐ Oui - Non ☐
- Difficulté à respirer
ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) ☐ Oui - Non ☐
- Anosmie (perte de l'odorat) ☐ Oui - Non ☐
- Agueusie (perte du goût) ☐ Oui - Non ☐

SYMPTÔMES MINEURS

- Maux de gorge ☐ Oui - Non ☐
- Rhinorrhée (« nez qui coule ») ☐ Oui - Non ☐
- Douleur thoracique ☐ Oui - Non ☐
- Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) ☐ Oui - Non ☐
- Altération de l'état général ou fatigue importante ☐ Oui - Non ☐
- Confusion
(« pensées qui se mélangent », désorientation) ☐ Oui - Non ☐
- Céphalées (« maux de tête ») ☐ Oui - Non ☐
- Diarrhées ☐ Oui - Non ☐
- Nausées et/ou vomissements ☐ Oui - Non ☐
- Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts
ou à la main ☐ Oui - Non ☐

2. Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ? ☐ Oui - Non ☐

Ce document est **STRICTEMENT CONFIDENTIEL** et ne peut en aucun cas être diffusé ou utilisé sans l'accord écrit du présent signataire.

