

## Questionnaire pour les participants aux entraînements

En remplissant ce questionnaire, vous acceptez que les données soient évaluées et stockées jusqu'à la fin de la pandémie dans le but de minimiser le risque d'infection par le Covid-19. Le questionnaire sert à retracer les chaînes d'infection. Il est vivement recommandé de remplir le présent questionnaire de manière régulière et répétitive.

### 1. Données personnelles

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Numéro tel. / adresse électronique	/
Adresse d'entraînement	
École et classe	
Précisez l'employeur si pas de télétravail dans les 14 derniers jours	

### 2. Évaluation des risques de contact

	OUI	NON
Y a-t-il eu un ordre officiel de quarantaine dans le passé en rapport avec le SRAS-CoV-2 ? Si tel est le cas, veuillez indiquer la date d'expiration de cet ordre : _____		
Avez-vous quitté votre domicile et/ou votre lieu d'entraînement enregistrés au cours des 14 derniers jours ? Si oui, veuillez indiquer quand et où : _____		
Avez-vous été en contact avec un cas confirmé de SRAS-CoV-2 pendant les 14 derniers jours ?		
Je vis avec une personne très menacée au sein du même ménage (> 70 ans, maladie cardiaque ou pulmonaire chronique, déficience immunitaire, etc.)		

### 3. Évaluation des symptômes

**Prière de répondre aux questions sur les symptômes cliniques actuels ! (Veuillez s'il vous plaît considérer la période des 14 derniers jours)**

	OUI	NON
Fièvre		
Ressenti général de maladie, maux de tête et douleurs aux membres		
Toux		
Dyspnée (essoufflements)		
Troubles du goût et/ou de l'odorat		
Maux de gorge		
Rhinite (rhume)		
Diarrhée		

**Si la réponse à l'une des questions est « OUI », le médecin traitant doit être consulté. La participation aux entraînements n'est pas autorisée tant que la situation n'est pas clarifiée.**