

QUESTIONNAIRE SANTE AVANT LA REPRISE DES ACTIVITES DES SPORTS DE GLACE

NOM :

Prénom :

A renseigner par le sportif :

Depuis le début du déconfinement, avez-vous présenté les signes suivants :	OUI	NON
1 ▪ Fièvre (supérieure ou égale à 38°C)		
2 ▪ Toux sur plusieurs jours		
3 ▪ Difficulté à respirer		
4 ▪ Perte du goût		
5 ▪ Perte d'odorat		
6 ▪ Douleurs abdominales		
7 ▪ Maux de gorge		
8 ▪ Fatigue importante		
9 ▪ Douleurs musculaires		
10 ▪ Maux de tête inhabituels		
11 ▪ Douleurs dans la poitrine		
12 ▪ Nausées, diarrhée		
13 ▪ Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations		
14 ▪ Engelures ou crevasses aux doigts		
15 ▪ Avez-vous été dépisté ? Si OUI : date : _____ Résultat du test : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>		
16 ▪ Avez-vous été en contact dans votre entourage des personnes testée positive au COVID-19 ou en présentant des symptômes ?		
17 ▪ Depuis mars, avez-vous été inactif ?		
18 ▪ Depuis mars, avez-vous eu une activité très modérée ?		
19 ▪ Au cours des efforts physiques, avez-vous des difficultés à vous adapter physiquement ?		

Si toutes les réponses sont NON : le sportif peut reprendre son activité des sports de glace

Si 1 réponse oui pour les signes de 17 à 19 : une consultation médicale est conseillée

Si 1 réponse OUI pour les questions de 1 à 5 et/ou de 15 à 16 : nécessité de consulter un médecin avant la reprise de l'entraînement

Je soussigné(e)..... du club de

Reconnais avoir rempli le questionnaire et avoir suivi les recommandations selon mes réponses.

Je m'engage à respecter le protocole de la FFFSG en vigueur, affiché dans le club.

Date : Signature (représentant légal pour les mineurs)