



QUESTIONNAIRE SANTE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPETITIONS

NOM :

Prénom :

N° Téléphone :

Adresse E-mail :

A renseigner par tous les acteurs participant à la compétition et étant accrédités (sportifs, entraîneurs, dirigeants, officiels d'arbitrage, organisateurs, CTS...).

Dans les sept derniers jours, 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 et/ou diarrhées		
7 ▪ Douleurs dans la poitrine		
8 ▪ Eruption cutanée		
6 ▪ Avez-vous été dépisté ? Si OUI : date : _____ Résultat du test : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>		
7 ▪ Avez-vous été en contact avec des personnes testée positive au COVID-19 ou en présentant des symptômes dans les sept derniers jours ?		
8 ▪ Vous acceptez que ces informations soient partagées avec un médecin fédéral dans le respect du secret médical ?		

Si toutes les réponses sont NON aux questions 1 à 7 : l'accès à l'événement est autorisé avec les mesures générales (en respectant le protocole sanitaire de la FFSG)

Si 1 réponse OUI pour les questions de 1 à 5 : nécessité de consulter un médecin avant l'accès à l'événement

Questions 6 et 7 : En cas de dépistage positif ou de contact avéré de moins de sept jours: nécessité de consulter un médecin avant l'accès à l'événement

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 sanitaire de la FFSG en vigueur, affiché dans le club.

Date :

Signature (ou représentant légal pour les mineurs)