

## 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 testées positives 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)