

FORMULAIRE COVID-19

PARTICIPATION A UNE ACTION DEPARTEMENTALE

Toute personne participant doit **obligatoirement** déposer ce formulaire complété le jour de début de l'action.
À défaut, l'accès lui sera interdit.

ACTION

Intitulé :

Ville :

IDENTITÉ

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Mail :

QUESTIONNAIRE

1/ Avez-vous ou avez-vous eu des symptômes de COVID au cours des 7 derniers jours :

- | | |
|--|--|
| - Fièvre, | - Diarrhée, |
| - Frissons, sensation de chaud/froid, | - Maux de tête, |
| - Toux, | - Courbatures généralisées |
| - Douleur ou gêne à la gorge, | - Fatigue majeure, |
| - Difficulté respiratoire au repos, essoufflement
anormal à l'effort, | - Perte de goût ou de l'odorat, |
| - Orteils ou doigts violacés type engelure, | - Douleur ou gêne thoracique, |
| | - Élévation de la fréquence cardiaque de repos |

OUI

NON

2/ Avez-vous été en contact à risque avec un cas de COVID au cours des 7 derniers jours ?

OUI

NON

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné, déclare ne pas avoir eu de contact avec une personne atteinte par la Covid-19, et ne pas avoir eu de symptômes suspects au cours des 7 derniers jours.

Je m'engage à respecter le protocole mis en place dans le cadre de l'action dont les gestes barrières.

Date : Heure de dépôt :

Signature (signature des responsables légaux pour les mineurs) :