Comité Départemental Ille-et-Vilaine

FORMULAIRE COVID-19

PARTICIPATION A UNE COMPETITION DEPARTEMENTALE

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

COMPETITION

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,
- Frissons, sensation de chaud/froid,
- Toux,
- Douleur ou gène à la gorge,
- Difficulté respiratoire au repos, essoufflement anormal à l'effort,
- Orteils ou doigts violacés type engelure,
- Diarrhée,
- Maux de tête,
- Courbatures généralisées
- Fatigue majeure,
- Perte de goût ou de l'odorat,
- Douleur ou gène 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 la compétition dont les gestes barrières.

Date : …….. Heure de dépôt : ……..

Signature (signature des responsables légaux pour les mineurs) :