

AUTO-QUESTIONNAIRE PRATIQUANT/ENCADRANT

AVANT LA REPRISE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE AU COVID 19

|  |
| --- |
| ***AUTO-QUESTIONNAIRE POUR LE PRATIQUANT ou ENCADRANT à l’ADMISSION*** |
| ***Depuis le début du confinement, avez-vous présenté un épisode de …*** | ***OUI*** | ***NON*** |
| *1- Fièvre (Température sup. ou égale à 38°c sur plusieurs prises ) ?* |  |  |
| *2- Toux récente ou une toux aggravée sur plusieurs jours ?* |  |  |
| *3- Gêne respiratoire récente ou aggravée ?* |  |  |
| *4- Douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?* |  |  |
| *5- Douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée ?* |  |  |
| *6- Maux de gorge ou un écoulement nasal ?* |  |  |
| *7- Fatigue importante et anormale ?* |  |  |
| *8- Maux de tête inhabituels ?* |  |  |
| *9- Perte du goût et/ou de l’odorat ?* |  |  |
| *10- Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations ?* |  |  |
| ***Avez-vous …*** | ***OUI*** | ***NON*** |
| *11- Été testé positif au Covid 19 ?* |  |  |
| *12- Été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d’1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ?* |  |  |

*Si réponse* ***NON*** *à toutes les questions, admission possible dans les conditions identiques à celle d’avant l’apparition du Covid 19*

*Si réponse* ***OUI*** *à une des questions, nécessité de consulter un médecin avant la reprise ou le début des activités sportives et subaquatiques dans le respect de l’annexe médicale produite à cet effet par la FFESSM.*

*✄*

# Attestation à remettre à la structure d’accueil

Je soussigné reconnais :

* ***Avoir pris connaissance de l’auto-questionnaire Covid 19 et n’avoir indiqué « Oui » à aucune des questions posées.***
* ***Avoir été informé qu’en l’état des connaissances sur le Covid 19, d’éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique des activités subaquatiques****.*

# Nom : Prénom :

**Date : Signature :**

