



**DOCUMENT A COMPLETER LE JOUR DU
RASSEMBLEMENT ET A REMETTRE AU RESPONSABLE
DE LA SELECTION**

**Rassemblement régional U15 G
26 et 27 oct 2020**

NOM :
District :

Prénom :

QUESTIONNAIRE FFF COVID-19

- OUI / NON Avez-vous de la fièvre > 38°C ?
- OUI / NON Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous une difficulté à respirer ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous des éruptions cutanées ou des engelures ces derniers jours ?
- OUI / NON Avez-vous de la diarrhée ou des vomissements ces dernières 24 heures ?
- OUI / NON Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? Si OUI (répondre à la question ci-dessous)
- OUI / NON Cette fatigue vous oblige-t-elle à vous reposer plus de la moitié de la journée ?
- OUI / NON Êtes-vous dans l'impossibilité de vous alimenter ou de boire depuis 24 h ou plus ?
- OUI / NON Dans les dernières 24 h, avez-vous noté un manque de souffle **INHABITUEL** lorsque vous parlez ou faites un petit effort ?
- OUI / NON Avez-vous été en contact avec de personnes ayant eu la maladie COVID-19 ou suspectes depuis février 2020 ?
- OUI / NON Avez-vous consulté un médecin pour des symptômes se rapportant à la maladie COVID19 depuis février 2020 ?
- OUI / NON Avez-vous eu une radiographie pulmonaire ou un scanner thoracique depuis février 2020 ?
- OUI / NON Avez-vous été hospitalisé pour une suspicion ou une maladie COVID-19 ?
- OUI / NON Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques positifs pour la maladie COVID-19 ?

LE SPORTIF DEVRA ABSOLUMENT CONSULTER LE MEDECIN AVANT LE RASSEMBLEMENT S'IL

- a eu le Covid-19
- a été en contact avec un malade du Covid-19
- a répondu « OUI » à une question ci-dessus

Date :

Signature :