

Nom / Prénom :

Adresse :

N° de licence :

N° tél. :

Club :

e-mail :

1. Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

SYMPTÔMES MAJEURS

- Fièvre (température mesurée >38°C) Oui - Non
- Toux sèche Oui - Non
- Difficulté à respirer
ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) Oui - Non
- Anosmie (perte de l'odorat) Oui - Non
- Agueusie (perte du goût) Oui - Non

SYMPTÔMES MINEURS

- Maux de gorge Oui - Non
- Rhinorrhée (« nez qui coule ») Oui - Non
- Douleur thoracique Oui - Non
- Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) Oui - Non
- Altération de l'état général ou fatigue importante Oui - Non
- Confusion
(« pensées qui se mélangent », désorientation) Oui - Non
- Céphalées (« maux de tête ») Oui - Non
- Diarrhées Oui - Non
- Nausées et/ou vomissements Oui - Non
- Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts
ou à la main Oui - Non

2. Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ? Oui - Non

Commission Médical du CNKDR

Dr. Frédéric BARAILLES

Ce document est STRICTEMENT CONFIDENTIEL et ne peut en aucun cas être diffusé ou utilisé sans l'accord écrit du présent signataire.

Date et Signature

