

## QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE QUOTIDIEN

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Club ou école :</b> <input type="checkbox"/> CPA Ste-Julie <input type="checkbox"/> EPJM	<b>Adresse courriel :</b>
<b>Téléphone :</b>	<b>Discipline :</b> Patinage Artistique

2. Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre, toux récente, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3. Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au cœur), diarrhée) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Habitez- vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5. Est-ce que vous êtes en attente d'un résultat ou cohabitez-vous avec quelqu'un qui est en attente d'un résultat du test de dépistage pour la Covid-19 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6. Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7. Êtes-vous atteint de diabète ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8. Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9. En signant ce questionnaire, vous vous engagez à rapporter tout changement à votre état de santé. Vous déclarez comprendre à cet effet votre obligation prévue à l'article 49 de la LSST (protéger sa santé, sa sécurité, son intégrité physique et ne pas mettre en danger les autres).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom personne qui assiste : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE QUOTIDIEN

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Club ou école :</b> <input type="checkbox"/> CPA Ste-Julie <input type="checkbox"/> EPJM	<b>Adresse courriel :</b>
<b>Téléphone :</b>	<b>Discipline :</b> Patinage Artistique

2. Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre, toux récente, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3. Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au cœur), diarrhée) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Habitez- vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5. Est-ce que vous êtes en attente d'un résultat ou cohabitez-vous avec quelqu'un qui est en attente d'un résultat du test de dépistage pour la Covid-19 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6. Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7. Êtes-vous atteint de diabète ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8. Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9. En signant ce questionnaire, vous vous engagez à rapporter tout changement à votre état de santé. Vous déclarez comprendre à cet effet votre obligation prévue à l'article 49 de la LSST (protéger sa santé, sa sécurité, son intégrité physique et ne pas mettre en danger les autres).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom personne qui assiste : \_\_\_\_\_