



Questionnaire CORONAVIRUS COVID-19

Une réponse positive doit exclure toute reprise de l'activité sportive et doit orienter vers les équipes médicales de la Fédération.

1) avez-vous des maux de tête ?

OUI NON

2) avez-vous des douleurs musculaires inhabituelles (des courbatures inhabituelles) ?

OUI NON

3) ressentez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ?

OUI NON

4) avez-vous de la fièvre ou des frissons ?

OUI NON

5) toussiez-vous actuellement ?

OUI NON

6) avez-vous des maux de gorges ou un nez qui coule ?

OUI NON

7) avez-vous des douleurs thoraciques (douleurs à la poitrine) inhabituelles ?

OUI NON

8) avez-vous une gêne pour respirer au repos ou à l'effort ces derniers jours ?

OUI NON

9) avez-vous perdu le goût ou l'odorat ces derniers jours ?

OUI NON

10) avez-vous vomi ou eu la diarrhée ces derniers jours ?

OUI NON

11) avez-vous pris du paracétamol ces derniers jours ?

OUI NON