Formulaire d'auto-déclaration

Nom et lieu de l'événement : _____

Nom et prénom : _____

Club : _____

Division d'âge et catégorie de poids : _____

14 jours avant votre voyage à l'événement		**OUI**	**NON**
1	Au cours des 2 dernières semaines (14 jours) avez-vous eu l'un des symptômes suivants : fièvre, toux, perte soudaine du goût ou de l'odorat, mal de gorge, difficulté à respirer ou essoufflement, diarrhée, vomissements, fatigue, douleurs musculaires (non liés à l'activité physique) ?		
2	Au cours des 2 dernières semaine (14 jours) avez-vous été en contact avec une personne présentant ces symptômes ?		
3	Au cours des 2 dernières semaines (14 jours) avez-vous été en contact avec une personne qui a été testée positive pour COVID-19 ?		
4	Au cours des 2 dernières semaines (14 jours) avez-vous été en contact avec une personne qui attend le résultat d'un test de dépistage COVID-19 ?		
		OUI	**NON**
4	Avez-vous déjà été positif au COVID-19 ?		
5	Veuillez indiquer la date de votre premier test positif. SVP, utiliser le format : JJ/mois/année	__/_____/_____	
6	Veuillez confirmer le nom du vaccin que vous avez reçu ? Et à quelle date ?		

Je déclare que si l'un des symptômes ci-dessus survient, à tout moment pendant mon séjour ou mon voyage, j'en informerai dûment et immédiatement le directeur de la compétition, qui informera alors le responsable COVID-19 du comité d'organisation local. Je comprends que si je n'ai pas fourni d'informations précises ou si je ne respecte pas **le protocole Covid et les restrictions de l'événement**, je serai retiré de l'événement et soumis à des mesures disciplinaires.

Signature* : .....

Nom* : .....

Date : .....

Athlète / parent*

*Parent consentant : parent, tuteur, personne autorisée à signer un consentement au nom d'un mineur.