

AUTO-QUESTIONNAIRE PRATIQUANT/ENCADRANT AVANT LA REPRISE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE AU COVID 19

AUTO-QUESTIONNAIRE POUR LE PRATIQUANT ou ENCADRANT à l'ADMISSION		
Depuis le début du confinement, avez-vous présenté un épisode de ...	OUI	NON
1- Fièvre (Température sup. ou égale à 38°C sur plusieurs prises) ?		
2- Toux récente ou une toux aggravée sur plusieurs jours ?		
3- Gêne respiratoire récente ou aggravée ?		
4- Douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?		
5- Douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée ?		
6- Maux de gorge ou un écoulement nasal ?		
7- Fatigue importante et anormale ?		
8- Maux de tête inhabituels ?		
9- Perte du goût et/ou de l'odorat ?		
10- Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations ?		
Avez-vous ...	OUI	NON
11- Été testé positif au Covid 19 ?		
12- Été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ?		

Si réponse **NON** à toutes les questions, admission possible dans les conditions identiques à celle d'avant l'apparition du Covid 19

Si réponse **OUI** à une des questions, nécessité de consulter un médecin avant la reprise ou le début des activités sportives et subaquatiques dans le respect de l'annexe médicale produite à cet effet par la FFESSM.



Attestation à remettre à la structure d'accueil

Je soussigné reconnais :

- Avoir pris connaissance de l'auto-questionnaire Covid 19 et n'avoir indiqué « Oui » à aucune des questions posées.
- Avoir été informé qu'en l'état des connaissances sur le Covid 19, d'éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique des activités subaquatiques.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :