



RCBD Natation

Place Gaillard Romanet
69500 BRON

Tel : 0 472 375 781

QUESTIONNAIRE préalable à la participation

(A remplir avant chaque réunion)

NOM : PRENOM :

Date : HORAIRE :

Prise de température : °C

Durant ces dernières 24 h, je présente :

- De la fièvre > ou = à 38° OUI NON
- Une toux OUI NON
- Un essoufflement OUI NON
- Une perte de goût et/ou de l'odorat OUI NON
- Des céphalées OUI NON
- Des courbatures inhabituelles OUI NON
- Une grosse fatigue OUI NON
- Un syndrome diarrhéique de plus de 3 selles quotidiennes OUI NON
- Des douleurs thoraciques OUI NON
- Des signes cutanés des mains ou des pieds (type engelure) OUI NON

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions, vous n'êtes pas en mesure de participer à la compétition.

Merci de :

- Contacter l'organisateur pour l'avertir de votre absence
- Consulter votre médecin traitant
- Tenir informé votre médecin de pôle et votre médecin d'équipe des conclusions de la consultation

Signature :

