



AUTO-QUESTIONNAIRE

ÉVALUATION DU RISQUE COVID-19

Afin d'assurer votre protection, celle des autres personnes présentes à cette compétition, la FFSA met en place pendant la durée de l'épidémie de Covid-19, des mesures de protection et de sécurité adaptées à ce contexte qui bouscule nos habitudes.

Le questionnaire d'autoévaluation du risque COVID-19 que nous vous demandons de remplir est une étape importante de ce dispositif. Nous vous demandons de le remplir avec la plus grande attention.

1. Avez-vous consulté un médecin ou appelé le 15 pour des symptômes de la COVID19 ces 15 derniers jours ?
2. Avez-vous été testé positif pour la COVID-19 (via un prélèvement dans le nez) ?
3. Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins de 1m, sans masque ni pour vous ni pour l'autre personne) avec une personne atteinte de COVID-19 au cours de ces 15 derniers jours ?
4. Pensez-vous avoir eu de la fièvre des derniers jours (frissons, sueurs, température supérieur à 38°) ?
5. Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux ces derniers jours (toux sèche) ?
6. Avez-vous ces derniers jours le nez qui coule ?
7. Avez-vous note ces derniers jours une forte diminution de l'odorat et/ou du goût ?
8. Avez-vous ces derniers jours un mal de gorge ?
9. Avez-vous ces derniers jours des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ?
10. Avez-vous de la diarrhée ou un autre trouble digestif inhabituel ?

NON	OUI
NON	OUI
NON	OUI
NON	OUI
NON	OUI
NON	OUI
NON	OUI
NON	OUI
NON	OUI
NON	OUI

Si oui, précisez quand :

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI à une des questions, vous ne pourrez être accueilli dans l'enceinte de la compétition.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON à toutes les questions, merci de remplir l'attestation ci-dessous à remettre en arrivant sur le site de la compétition.





ATTESTATION

À REMETTRE À L'ENTRÉE DE LA COMPÉTITION

(ne pas remettre l'auto-questionnaire)

- Nom et prénom
- Adresse
- Numéro de téléphone
- Nom et prénom de la personne ayant rempli le questionnaire (si besoin)

Atteste sur l'honneur avoir renseigné l'auto-questionnaire d'évaluation du risque COVID-19 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. À travers cette attestation, je reconnais avoir compris l'importance d'une surveillance régulière des symptômes évocateurs du COVID 19, et de l'obligation d'informer sans délai de tout symptôme ou de tout contact avec une personne atteinte de COVID-19.

- Date et signature de la personne majeure
- Date et signature du représentant légal/du tuteur