

ANNEXE 7

MESURES COVID-19

QUESTIONNAIRE A RENSEIGNER AVANT LA REPRISE DES SAUTS

1. Identité :

Nom :

Prénom :

Numéro de licence :

Adresse postale :

Adresse mail

Téléphone :

2. Ressentez-vous les signes suivants :

Fièvre : OUI NON

Toux : OUI NON

Etat de fatigue anormale : OUI NON

Perte du goût : OUI NON

Perte de l'odorat : OUI NON

Diarrhée : OUI NON

3. Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne présentant les symptômes listés ci-dessus ?

OUI NON

Si oui, où et quand :

Date et signature