



QUESTIONNAIRE préalable à la participation (A remplir avant chaque réunion)

NOM : PRÉNOM :

Date :

Prise de température°C

Fréquence cardiaque de repos (le matin avant de se lever) /mn

Durant ces dernières 24 h, je présente :

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

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

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