QUESTIONNAIRE DE REPRISE D'ACTIVITE D'ENTRAINEMENT SPORTIF

DATE : / /

NOM		**PRENOM**	

A. Avez-vous eu des symptômes de COVID ?

▫ OUI ▫ NON

SI VOUS AVEZ EU DES SYMPTOMES :

1. **Depuis combien de temps ?**

   ▫ Date du début des symptômes……..

2. **Quels symptômes ?**

   ▫ Fièvre
   ▫ Toux
   ▫ Difficulté respiratoire au repos ou essoufflement anormal à l'effort
   ▫ Diarrhée
   ▫ Courbatures généralisées
   ▫ Perte de gout ou de l'odorat
   ▫ Autres :
   ▫ Frissons, sensation de chaud/froids
   ▫ Douleur ou gène à la gorge
   ▫ Douleur ou gène thoracique,
   ▫ Orteils ou doigts violacés type engelure
   ▫ Maux de tête
   ▫ Fatigue majeure
   ▫ Elévation de la fréquence cardiaque de repos

3. **Avez-vous été dépisté ?**

   ▫ OUI ▫ NON

   Date du test : / /

   Résultat du test :

B. Avez-vous eu une personne malade dans votre entourage proche (avec qui vous avez été en contact) ?

▫ **OUI** ▫ **NON**

Si OUI, précisez :

C. Remarques libres :