



Club de Patinage Artistique de Pont-Rouge

189, rue Dupont
Pont-Rouge Qc G3H 1N4

Questionnaire de santé

Ce questionnaire doit être rempli par tous les membres avant la reprise de l'entraînement sur glace. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tous soit conscient des risques associés à la pratique sportive

1. Coordonnées

Nom	
Prénom	
Club d'appartenance	
Adresse courriel	
Téléphone	
Discipline	

2. Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre, toux récente, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale)

Oui	
Non	

Si oui, expliquez : _____

3. Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au cœur), diarrhée) ?

Oui	
Non	

Si oui, expliquez : _____

4. Habitez-vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19 ?

Oui	
Non	

Si oui, expliquez : _____



Club de Patinage Artistique de Pont-Rouge

189, rue Dupont
Pont-Rouge Qc G3H 1N4

5. Est-ce que vous êtes en attente d'un résultat ou cohabitez-vous avec quelqu'un qui est en attente d'un résultat du test de dépistage pour la Covid-19 ?

Oui	
Non	

Si oui, expliquez : _____

6. Avez-vous des historiques de maladies cardiaques dans votre famille ?

Oui	
Non	

Si oui, expliquez : _____

7. Êtes-vous atteint de diabète ?

Oui	
Non	

8. Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme)?

Oui	
Non	

9. En signant ce questionnaire, vous vous engagez à rapporter tout changement à votre état de santé. Vous déclarez comprendre à cet effet votre obligation prévue à l'article 49 de la LSST (protéger sa santé, sa sécurité, son intégrité physique et ne pas mettre en danger les autres).

Oui	
Non	

Signature du participant : _____

Signature du répondant : _____

Date : _____