

AUTO-QUESTIONNAIRE PRATIQUANT/ENCADRANT AVANT LA REPRISSE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE AU COVID 19

| <i>AUTO-QUESTIONNAIRE POUR LE PRATIQUANT ou ENCADRANT à l'ADMISSION</i> | | |
|---|-------------------|-------------------|
| <i>Depuis le début du confinement, avez-vous présenté un épisode de ...</i> | <i>OUI</i> | <i>NON</i> |
| <i>1- Fièvre (Température sup. ou égale à 38°C sur plusieurs prises) ?</i> | | |
| <i>2- Toux récente ou une toux aggravée sur plusieurs jours ?</i> | | |
| <i>3- Gêne respiratoire récente ou aggravée ?</i> | | |
| <i>4- Douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?</i> | | |
| <i>5- Douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée ?</i> | | |
| <i>6- Maux de gorge ou un écoulement nasal ?</i> | | |
| <i>7- Fatigue importante et anormale ?</i> | | |
| <i>8- Maux de tête inhabituels ?</i> | | |
| <i>9- Perte du goût et/ou de l'odorat ?</i> | | |
| <i>10- Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations ?</i> | | |
| <i>Avez-vous ...</i> | <i>OUI</i> | <i>NON</i> |
| <i>11- Été testé positif au Covid 19 ?</i> | | |
| <i>12- Été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ?</i> | | |

Si réponse **NON** à toutes les questions, admission possible dans les conditions identiques à celle d'avant l'apparition du Covid 19

Si réponse **OUI** à une des questions, nécessité de consulter un médecin avant la reprise ou le début des activités sportives et subaquatiques dans le respect de l'annexe médicale produite à cet effet par la FFESSM.



Attestation à remettre à la structure d'accueil

Je soussigné reconnais :

- Avoir pris connaissance de l'auto-questionnaire Covid 19 et n'avoir indiqué « Oui » à aucune des questions posées.
- Avoir été informé qu'en l'état des connaissances sur le Covid 19, d'éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique des activités subaquatiques.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :