

## FORMULAIRE À REMETTRE OBLIGATOIREMENT À L'ORGANISATION DU STAGE

Nom / Prénom :

Adresse :

N° de licence :

N° tél. :

Club :

e-mail :

1. Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

### SYMPTÔMES MAJEURS

- Fièvre (température mesurée >38°C)  Oui - Non
- Toux sèche  Oui - Non
- Difficulté à respirer  
ou fréquence respiratoire élevée (>20/min)  Oui - Non
- Anosmie (perte de l'odorat)  Oui - Non
- Agueusie (perte du goût)  Oui - Non

### SYMPTÔMES MINEURS

- Maux de gorge  Oui - Non
- Rhinorrhée (« nez qui coule »)  Oui - Non
- Douleur thoracique  Oui - Non
- Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures)  Oui - Non
- Altération de l'état général ou fatigue importante  Oui - Non
- Confusion  
(« pensées qui se mélangent », désorientation)  Oui - Non
- Céphalées (« maux de tête »)  Oui - Non
- Diarrhées  Oui - Non
- Nausées et/ou vomissements  Oui - Non
- Éruption cutanée ou engelures/crevasses aux doigts  
ou à la main  Oui - Non

2. Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?  Oui - Non

Commission Médical du CNKDR

Dr. Frédéric BARAILLES

**Ce document est STRICTEMENT CONFIDENTIEL et ne peut en aucun cas être diffusé ou utilisé sans l'accord écrit du présent signataire.**

Date et Signature

