CANOË-KAYAK
QUÉBEC

C.P. 34039
Lachine, Québec, H8S 4H4
canoekayakquebec.com

COVID-19 / Questionnaire de l'athlète

Nom de l'athlète _____ **Date** _____

		OUI	NON
1	Est-ce que vous avez été testé pour la COVID-19?	OUI	NON
1A	Si vous avez répondu OUI à la question 1, avez-vous terminé votre quarantaine?	OUI	NON
2	Est-ce que vous avez été en contact avec quelqu'un de positif à la COVID-19 à la maison?	OUI	NON
2A	Si vous avez répondu OUI à la question 2, avez-vous terminé votre quarantaine?	OUI	NON
3	Est-ce que vous avez été en contact avec quelqu'un de positif à la COVID-19 à la l'extérieur de la maison?	OUI	NON
3A	Si vous avez répondu OUI à la question 3, avez-vous terminé votre quarantaine?	OUI	NON
4	Est-ce que vous avez un de ces symptômes?		
	Fièvre	OUI	NON
	Histoire de fièvre	OUI	NON
	Frisson	OUI	NON
	Détresse respiratoire	OUI	NON
	Écoulement nasale	OUI	NON
	Congestion nasale	OUI	NON
	Mal de gorge	OUI	NON
	Diarrhée	OUI	NON
	Vomissements	OUI	NON
	Perte de sens de l'odorat	OUI	NON
	Mal à la tête	OUI	NON
	Douleur musculaire ou articulaire	OUI	NON

Complété par : _____ Date : _____