Mise à jour : 14 septembre 2021

Questionnaire médical journalier

Nom et prénom	Numéro de téléphone cellulaire
Équipe et catégorie	Adresse courriel

Questions	
1-	Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (incluant fièvre, toux, maux de gorge, problème respiratoire et/ou difficulté à respirer) ?
2-	Présentez-vous au moins deux des symptômes suivants : Maux de ventre, nausées, diarrhées, grande fatigue, perte d'appétit importante, douleur musculaire généralisée, maux de tête?
3-	Avez-vous reçu la consigne d'être en isolement (quarantaine) puisque vous êtes de retour d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours?
4-	Est-ce qu'une autorité compétente vous a prescrit de vous isoler suite à un contact survenu dans les derniers 14 jours ?

Si vous répondez oui à l'une de ces questions, vous ne pourrez pas participer à l'activité.

Date et lieu	**Heure arrivée**	**Heure départ**	**QS 1**		**QS2**		**QS3**		**QS4**		**Signature de la joueuse ou de son tuteur**
			Oui	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	