



# QUESTIONNAIRE DE REPRISE D'ACTIVITE D'ENTRAINEMENT SPORTIF

DATE :      /              /

NOM	PRENOM
<b>A. Avez-vous eu des symptômes de COVID ?</b>	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
SI VOUS AVEZ EU DES SYMPTOMES :	
<b>1. Depuis combien de temps ?</b>	
<input type="checkbox"/> Date du début des symptômes.....	
<b>2. Quels symptômes ?</b>	
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire au repos ou essoufflement anormal à l'effort <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Courbatures généralisées <input type="checkbox"/> Perte de goût ou de l'odorat <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Frissons, sensation de chaud/froids <input type="checkbox"/> Douleur ou gêne à la gorge <input type="checkbox"/> Douleur ou gêne thoracique, <input type="checkbox"/> Orteils ou doigts violacés type engelure <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue majeure <input type="checkbox"/> élévation de la fréquence cardiaque de repos
<b>3. Avez-vous été dépisté ?</b>	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Date du test :      /              /	
Résultat du test :	
<b>B. Avez-vous eu une personne malade dans votre entourage proche (avec qui vous avez été en contact) ?</b>	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, précisez :	
<b>C. Remarques libres :</b>	