



ROCHEFORT ATHLETIC CLUB NATATION

QUESTIONNAIRE préalable à l'entraînement valable jusqu'au 27/08/2020

NOM du nageur _____

PRENOM du nageur _____

Durant les 24 h qui précèdent l'entraînement, je n'ai présenté aucun des symptômes suivants :

De la fièvre > ou = à 38°	OUI NON
Une toux	OUI NON
Un essoufflement	OUI NON
Une perte de goût et/ou de l'odorat	OUI NON
Des céphalées	OUI NON
Des courbatures inhabituelles	OUI NON
Une grosse fatigue	OUI NON
Un syndrome diarrhéique de plus de 3 selles quotidiennes	OUI NON
Des douleurs thoraciques (à type de brûlures)	OUI NON
Des signes cutanés des mains ou des pieds (type engelure)	OUI NON

Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions, vous n'êtes pas en mesure de suivre l'entraînement. Merci de consulter votre médecin traitant.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ou tuteur si le nageur est mineur

Prénom : _____

Nom : _____

Demeurant :

Adresse: _____

Code postal / Commune: _____

Atteste sur l'honneur que : durant les 24 h qui précèdent chaque entraînement, je n'ai présenté aucun des symptômes ci dessus. Et que si je devais en présenter un, je ne me rendrai pas à l'entraînement et je préviendrai le club.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

ROCHEFORT SUR LOIRE, le / / 2020

Signature

Prénom Nom du tuteur si le nageur est mineur :