



Auto-Évaluation CoVid-19

NOM : _____

1- Présentez-vous un des symptômes suivants :

OUI NON

- Fièvre ou frisson ;
- Apparition ou aggravation de toux ;
- Perte de l'odorat ou du goût ;
- Maux de gorge ou voix enrouée ;
- Essoufflement ou difficulté respiratoire
- Symptômes gastro-intestinaux (douleur abdominale, diarrhée, vomissements).

2- Présentez-vous deux (ou plus) des symptômes suivants :

OUI NON

- Écoulements nasaux ;
- Douleurs musculaires ou courbatures
- Fatigue intense ;
- Conjonctivite ;
- Maux de tête ;
- Nausée, perte d'appétit

3- Avez-vous voyagé à l'étranger (y compris aux États-Unis) ou eu un contact avec une personne qui a voyagé au cours des 14 derniers jours :

OUI NON

4- Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fourni des soins ou eu un contact avec un cas symptomatique confirmé de la CoVid-19 ?:

OUI NON

Si vous répondez oui à l'une de ces questions, veuillez par mesure préventive :

- Ne pas vous présenter à l'aréna ;
- Demeurer à la maison et communiquer avec la ligne 1-877-644-4545

SI VOUS OBTENEZ UN TEST POSITIF :

VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT INFORMER VOTRE ASSOCIATION/ORGANISATION (CPA ST-MICHEL) OU RESPONSABLE SANTÉ/SÉCURITÉ COVID-19 IMMÉDIATEMENT.

Nous vous remercions de votre entière collaboration.