

Auto-évaluation des symptômes et des contacts de la COVID-19

Je confirme que depuis les 15 derniers jours :

- Absence de toux, de problèmes respiratoires, de courbatures, de fièvre ou de perte de goût ou odorat, ces derniers jours

- Ne pas avoir connaissance d'avoir été en contact (*) avec une personne ayant le COVID-19 ou présentant les problèmes respiratoires, de la toux ou de la fièvre, ces derniers jours.

(*) Un contact à risque est une personne :

- ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable,

- ayant eu un contact direct en face-à-face, à moins d'1 mètre quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, accolades, embrassades)

- ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins,

- ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes ou étant resté en face-à-face avec un cas positif durant plusieurs périodes de toux ou d'éternuement,

- ET cela, en l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact tel que le port du masque chirurgical ou FFP2, par une séparation physique (vitre)

Si vous pensez présenter un risque lié à votre état de santé ou celui de votre entourage proche, merci de prendre contact avec votre médecin traitant ou médecin du travail pour avis.

Si vous ne pouvez pas respecter les 2 conditions, vous ne pouvez reprendre votre activité sportive

Je confirme que ma situation est compatible avec une reprise d'activité en signant le registre de présence à chaque venue