

QUESTIONNAIRE SANTÉ LIÉ À LA REPRISE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE SUITE AU CONFINEMENT (COVID-19)

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
<p>Q1. Avez-vous été diagnostiqué-e positif-ve au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Par test RT-PCR (prélèvement naso-pharyngé, oral ou bronchique)</p> <p><input type="checkbox"/> Probablement, car j'ai eu un ou des symptômes suivants : fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs, perte de poids supérieure à 5 kg. Mon test RT-PCR était négatif, mais un médecin m'a confirmé le diagnostic.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai été hospitalisé-e</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2. Avez-vous été en contact avec une ou plusieurs personnes suspectes ou diagnostiquées positives au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3. Présentez-vous ce jour un ou des symptômes suivants (Fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4. Ressentez-vous des gênes à l'effort dans la vie de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5. Pendant la période de confinement et à ce jour, avez-vous arrêté ou fortement réduit votre niveau d'activité physique habituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6. Suite au confinement, présentez-vous une prise de poids supérieure à 5 kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7. Avez-vous été affecté-e psychologiquement par la période de confinement et l'êtes-vous toujours (Modification du sommeil, de l'humeur, diminution ou augmentation compulsive de la prise alimentaire, augmentation de la prise d'alcool ou de tabac) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NON à toutes les questions : Vous pouvez reprendre une activité physique et sportive encadrée.

OUI à une ou plusieurs questions de Q1 à Q4 : Consultez votre médecin avant toute reprise d'activité physique et sportive

OUI à une question de Q5 à Q7 : → Reprise progressive en commençant par la pratique de la marche progressivement sur 4 à 6 semaines puis reprise de l'activité sportive, et ne consultez votre médecin qu'en cas d'apparition d'une symptomatologie anormale à l'effort ou au repos (douleur, essoufflement, palpitations...).

OUI à au moins deux questions de Q5 à Q7 : Une consultation médicale est recommandée avant toute reprise d'activité physique et sportive.

ATTESTATION DE REPRISE

PAR LA PRÉSENTE :

- J'atteste avoir été informé que le Club s'est engagé à respecter les mesures édictées par le gouvernement pour freiner la diffusion du Covid-19 tout au long de la crise sanitaire actuelle ;
- Je reconnais que malgré la mise en œuvre de ces moyens de protection le Club ne peut me garantir une protection totale contre une exposition et/ou une contamination par le Covid-19 ;
- Je m'engage à prendre toutes les précautions nécessaires à la protection de ma santé et de celle des autres personnes présentes dans l'enceinte sportive du Club, notamment en respectant les gestes barrières ;
- Je m'engage à respecter les mesures de protection obligatoires ainsi que les mesures de protection préconisées par le gouvernement et en particulier celles édictées par le ministère des sports ;
- Je m'engage également à respecter les obligations édictées par la Fédération Française de Volley pour aménager la pratique du Volley en Club ainsi que les modalités mises en place par le Club pour organiser son activité au cours de la crise sanitaire actuelle.

NOM Prénom.....

Date et signature

Numéro de licence.....

Atteste avoir pris connaissance du protocole de reprise des entraînements en club