

## AUTO-QUESTIONNAIRE PRATIQUANT / ENCADRANT REPRISE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES - COVID 19 (màj 9 septembre 2020)

<i>Depuis le début du confinement, avez-vous présenté un épisode de ...</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>1 - Fièvre (Température sup. ou égale à 38°C sur plusieurs prises) ?</i>		
<i>2 - Toux récente ou une toux aggravée sur plusieurs jours ?</i>		
<i>3 - Gêne respiratoire récente ou aggravée ?</i>		
<i>4 - Douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?</i>		
<i>5 - Douleurs abdominales, des nausées ou de la diarrhée ?</i>		
<i>6 - Maux de gorge ou un écoulement nasal ?</i>		
<i>7 - Fatigue importante et anormale ?</i>		
<i>8 - Maux de tête inhabituels ?</i>		
<i>9 - Perte du goût et/ou de l'odorat ?</i>		
<i>10 - Variations anormales de la fréquence cardiaque ou des palpitations ?</i>		
<i>Avez-vous ...</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>11 - Été testé positif au Covid 19 ?</i>		
<i>12 - Été en contact prolongé (+ de 15 mn à moins d'1 m) dans les 15 derniers jours avec une personne testée positive au Covid 19 ou en présentant des symptômes ? Cette question ne concerne pas le personnel soignant sauf si ce dernier a été en contact sans protection adaptée</i>		

Si réponse **NON** à toutes les questions, admission possible dans les conditions identiques à celle d'avant l'apparition du Covid 19

Si réponse **OUI** à une des questions, nécessité de consulter un médecin avant la reprise ou le début des activités sportives et subaquatiques dans le respect de l'annexe médicale produite à cet effet par la FFESSM.

### **Attestation à remettre à la structure d'accueil**

Je soussigné reconnais :

- Avoir pris connaissance de l'auto-questionnaire Covid 19 et n'avoir indiqué « Oui » à aucune des questions posées.
- Avoir été informé qu'en l'état des connaissances sur le Covid 19, d'éventuelles séquelles liées à cette contamination pourraient générer des conséquences dans le cadre de la pratique des activités subaquatiques.

**Nom :**

**Prénom :**

**Date :**

**Signature :**