

QUESTIONNAIRE COVID-19

Avez-vous été malade du covid19 (test positif et/ou images spécifiques au scanner thoracique et/ou symptômes évocateurs)

OUI NON

Si réponse positive, démarche à effectuer

Consultation médicale obligatoire avant la reprise

Avez-vous actuellement des symptômes évocateurs du covid19 ?

OUI NON

Isolement et consultation obligatoire avant la reprise

Avez-vous été en contact avec un cas confirmé de covid19 ?

OUI NON

Pas de reprise avant 14 jours après le dernier contact avec la personne. Si pas de symptômes à l'issue des 14 jours, reprise OK.

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 lui 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 sa 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, définies dans le protocole de reprise des entraînements

NOM Prénom.....

Date et signature

Numéro de licence.....

Atteste avoir pris connaissance du protocole de reprise des entraînements