



RECONNAISSANCE DE RISQUE COVID-19

Le nouveau coronavirus, COVID-19, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le COVID-19 est extrêmement contagieux et se propagerait principalement par contact de personne à personne. Par conséquent, les autorités gouvernementales, tant locales que provinciales et fédérales, recommandent diverses mesures et interdisent divers comportements, le tout dans le but de réduire la propagation du virus. La FLOQ et ses membres, s'engagent à se conformer à toutes les exigences et recommandations de la Santé publique du Québec et autres autorités gouvernementales, et à mettre en place et adopter toutes les mesures nécessaires à cet effet. Cependant la FLOQ ne peut garantir que vous (ou votre enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont vous êtes le tuteur ou le responsable légal) ne serez pas infecté par le COVID-19. De plus, votre participation aux activités pourrait augmenter vos risques de contracter le COVID-19, malgré toutes les mesures en place.

En signant le présent document,

1) Je reconnais la nature hautement contagieuse du COVID-19 et j'assume volontairement le risque que je (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou le responsable légal) puisse être exposé ou infecté par le COVID-19 par ma (sa) participation aux activités de la FLOQ. L'exposition ou l'infection au COVID-19 peut notamment entraîner des blessures, des maladies ou autres affections ;

2) Je déclare que ma participation (ou celle de mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) aux activités de la FLOQ est volontaire ;

3) Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a manifesté des symptômes de rhume ou de grippe (incluant de la fièvre, toux, mal de gorge, maladie respiratoire ou des difficultés respiratoires) au cours des 14 derniers jours ;

4) Si moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), éprouve des symptômes de rhume ou de grippe après la signature de la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités de la FLOQ durant au moins 14 jours après la dernière manifestation des symptômes de rhume ou de grippe.

5) Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a voyagé ou fait escale à l'extérieur du Canada, ni dans aucune province à l'extérieur du Québec dans les 14 derniers jours. Si je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) voyage à l'extérieur de la province de Québec après avoir signé la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités de la FLOQ durant au moins 14 jours après le retour du voyage.

Le présent document demeurera en vigueur jusqu'à ce que la FLOQ reçoive les directives des autorités gouvernementales provinciales et de la Santé publique du Québec, à l'effet que les engagements contenus à la présente déclaration ne sont plus nécessaires.

J'AI SIGNÉ LA PRÉSENTE DÉCLARATION LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

Nom du participant (lettres moulées)

Nom du parent / tuteur / responsable (si le participant est mineur ou ne peut légalement donner son accord)

Signature du participant

Signature du parent / tuteur / responsable légal

Lieu / Date: _____



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom : _____

Jour et heure de l'entraînement : _____

Avez-vous remarqué l'un des symptômes suivants au cours des 14 derniers jours ?

	Symptômes	Oui	Non
1	Température corporelle supérieure 37.5 °C		
2	Toux sèche		
3	Gorge irritée		
4	Apparition soudaine d'un essoufflement		
5	Apparition soudaine de vomissements et / ou de diarrhée		
6	Apparition soudaine de douleurs articulaires et / ou musculaires		
7	Fatigue sans cause connue		

Les affirmations suivantes sont-elles vraies pour vous ?

	Symptômes	Oui	Non
A	Au cours des 14 derniers jours, avez-vous rencontré une personne présumée ou déclarée infectée par le Covid-19 ?		
B	Y a-t-il quelqu'un dans votre ménage sous quarantaine autonome ou officiellement imposée ?		
C	Vivez-vous dans le même ménage avec une personne exposée et fragile (> 70 ans, immunodéficience en pathologie cardiaque ou en pathologie pulmonaire chronique) ?		

Je reconnais que :

Si j'ai eu le COVID-19 et ai été hospitalisé, je dois d'abord consulter un médecin avant ma reprise d'activité,

Si au cours des 14 derniers jours j'ai eu des symptômes faisant suspecter une infection au COVID-19, je dois présenter un test négatif de la présence de covid-19.

Signature entraîneur

Signature pratiquant / parent