Questionnaire médical journalier

Nom et prénom	Numéro de téléphone cellulaire
Équipe et catégorie	Adresse courriel

Questions	
1-	Avez-vous en ce moment ou avez-vous eu des symptômes reliés à la COVID-19 dans les 14 derniers jours (incluant fièvre, toux, maux de gorge, problème respiratoire et/ou difficulté à respirer) ?
2-	Avez-vous été en contact avec quelqu'un qui a reçu un diagnostic de COVID-19 dans les 14 derniers jours ? Cette question ne s'applique pas à une personne qui est un travailleur de première ligne (personnel hospitalier, personnel de soins de longue durée), ou une personne qui interagit avec des personnes ayant des cas confirmés ou suspectés de COVID-19 (dans le cadre de son emploi) et que la personne a porté un équipement de protection individuelle approprié et approuvé en tout temps à chaque fois qu'elle a interagi avec une personne ayant un cas confirmé ou suspecté de COVID-19.
3-	Avez-vous reçu la consigne d'être en isolement (quarantaine) puisque vous êtes de retour d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours?
4-	Avez-vous reçu la consigne d'être en isolement (quarantaine) puisque vous avez été en contact avec quelqu'un qui a voyagé à l'étranger dans les 14 derniers jours ?

Si vous répondez oui à l'une de ces questions, vous ne pourrez pas participer à l'activité.

Date et lieu	**Heure arrivée**	**Heure départ**	**QS 1**		**QS2**		**QS3**		**QS4**		**Signature de la joueuse ou de son tuteur**
			Oui	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**	