



# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

## AVERTISSEMENT

Ce questionnaire doit être rempli, signé et remis par tous les membres avant chacune des pratiques sur glace. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tout un chacun soit conscient des risques associés à la pratique sportive.

### 1. COORDONNÉES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**2. Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre, toux récente, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale) ?**

- OUI  
 NON

**3. Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au cœur), diarrhée) ?**

- OUI  
 NON

**4. Habitez-vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19 ?**

- OUI  
 NON

**5. Est-ce que vous êtes en attente d'un résultat ou cohabitez-vous avec quelqu'un qui est en attente d'un résultat du test de dépistage pour la Covid-19 ?**

- OUI  
 NON

**6. Y a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille?**

- OUI  
 NON

**7. Êtes-vous atteint de diabète ?**

- OUI  
 NON

**8. Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme) ?**

- OUI  
 NON

**9. En remplissant ce questionnaire, vous vous engagez à rapporter tout changement à votre état de santé. Vous déclarez comprendre à cet effet votre obligation prévue à l'article 49 de la LSST (protéger sa santé, sa sécurité, son intégrité physique et ne pas mettre en danger les autres).**

- OUI