

QUESTIONNAIRE DE DÉCLARATION DE SANTÉ AVANT LA PARTICIPATION

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

This questionnaire must be completed by all members before resuming ice training. During this COVID-19 period, it is essential that everyone is aware of the risks associated with practicing sports.

Nom / Name: _____

Courriel / Email: _____

Téléphone / Phone number: _____

1. 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) ? / *Do you have any symptoms related to COVID-19 Do (fever OR recent cough OR difficulty breathing OR sudden lost of smell or taste without nasal congestion)?*

____ Oui / Yes ____ Non / No

2. 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) ? / *Do you have the following symptoms OR a combination of symptoms such as fatigue, headache, myalgia (Diffuse muscle pain), arthralgia (Joint pain), sore throat, digestive symptoms (nausea/diarrhea)?*

____ Oui / Yes ____ Non / No

3. Habitez-vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19? / *Do you live with someone who has symptoms related to COVID-19?*

____ Oui / Yes ____ Non / No

4. 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 ? / *Are you waiting for a result or are you living with someone who is waiting for a test result for Covid-19?*

_____ Oui / *Yes* _____ Non / *No*

5. Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille? / *Are there any histories of heart disease in your family?*

_____ Oui / *Yes* _____ Non / *No*

6. Êtes-vous atteint de diabète ? / *Do you have diabetes?*

_____ Oui / *Yes* _____ Non / *No*

7. Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme)? / *Do you suffer from wheezing (asthma)?*

_____ Oui / *Yes* _____ Non / *No*

En signant 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). / *By signing this questionnaire, you agree to report any changes in your health. You declare that you understand your obligation under article 49 of the OHSA (protect your health, safety, physical integrity and not endanger others).*

Signature du participant _____

Date de signature _____