



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ INDIVIDUEL

(A remplir par les parents pour les mineurs)

Date :

Nom et prénom de l'adhérent :

1) Avez vous été ou votre entourage, en contact avec une personne présentant la COVID ?

OUI NON

2) Vous ou un membre du foyer a-t-il été testé positif à la COVID-19 ou déclaré comme tel par un médecin ?

OUI NON

3) Durant ces 14 derniers jours, avez vous présenté ou présentez vous encore des symptômes ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> De la fièvre > ou = à 38°C | <input type="checkbox"/> Une toux |
| <input type="checkbox"/> Un essoufflement | <input type="checkbox"/> Une perte de goût et/ou de l'odorat |
| <input type="checkbox"/> Des maux de têtes | <input type="checkbox"/> Des courbatures |
| <input type="checkbox"/> Des douleurs thoraciques (types brûlures) | <input type="checkbox"/> Une grosse fatigue |
| <input type="checkbox"/> Un syndrome diarrhéique de plus de 3 selles quotidiennes | |
| <input type="checkbox"/> Des signes cutanés des mains ou des pieds (type engelure) | |

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, vous ne pouvez pas prendre part aux activités de la MJC sans avoir effectué un test PCR et/ou consulté un médecin qui vous fournira un certificat médical attestant que vous êtes non contagieux et apte à la vie en collectivité.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, vous vous engagez à tenir informée la MJC de tous symptômes ou contact à risque Covid-19, de ne pas vous présenter en cas de suspicion et d'effectuer un test et/ou consulter votre médecin.

Signature précédée de la mention « j'atteste sur l'honneur de la véracité de ces informations » :

