

Questionnaire de santé sur le virus SARS-CoV-2

Événement " _____ "



Nom	Prénom
Date de naissance	Téléphone (portable)
Adresse	Email

	Ja	Nein
Avez-vous eu des symptômes de rhume au cours des 14 derniers jours (toux, écoulement nasal, mal de gorge, difficulté à respirer, perte de goût ou d'odeur)?		
Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu l'un des symptômes suivants? - fièvre - douleur thoracique - maux de tête - nausées / vomissements - diarrhée		
Avez-vous eu des contacts avec une personne atteinte d'un virus SRAS-CoV-2 au cours des 14 derniers jours?		
Aviez-vous une ordonnance de quarantaine officielle au cours des 14 derniers jours en relation avec le coronavirus SARS-CoV-2?		
Au cours des 14 derniers jours, étiez-vous dans une zone déclarée par un pays européen, "zone à risque" (PAYS ROUGE)?		
Avez-vous subi un test sur le virus SARS-CoV-2, au cours des 14 derniers jours, qui était positif?		

Si l'une des questions est répondue par «oui», la participation à l'événement est considérée uniquement possible avec un test PCR COVID-19 négatif actuel. Ce test ne peut pas dater de plus de 48 heures. Sinon, la participation est interdite.

En signant ce formulaire, le participant confirme de s'avoir familiarisé avec le concept d'hygiène le da FISB et de respecter les règles.

Le participant est conscient qu'il existe toujours un faible risque d'infection.

La participation est à vos propres risques et il n'y a aucun droit à responsabilité envers des tiers (entraîneurs, superviseurs, organisateurs et présidium de la FISB).

Vos données personnelles seront supprimées et les formulaires détruits, dès que le but de suivi SARS-CoV-2 ne s'applique plus (au plus tard un mois après la date de l'événement).

Date	Signature
------	-----------