QUESTIONNAIRE MEDICAL PRÉALABLE A LA REPRISE DE L'ACTIVITÉ SPORTIVE
Spécifique école de rugby

Votre enfant ou vous-même avez vous été en contact dans les 3 derniers mois avec une personne diagnostiquée ou suspectée COVID ?	OUI	NON
Votre enfant a t il été malade ces 3 derniers mois ?	OUI	NON
Votre enfant a t il fait un épisode de fièvre accompagné de toux ?	OUI	NON
Votre enfant a t il eu de la diarrhée ?	OUI	NON
Votre enfant a t il eu des maux de têtes ?	OUI	NON
Votre enfant a t il eu des vertiges ?	OUI	NON
Votre enfant a t il eu une perte de goût ?	OUI	NON
Votre enfant a t il eu une perte de l'odorat ?	OUI	NON
Votre enfant a t il eu une conjonctivite ?	OUI	NON
Votre enfant a t il eu des douleurs articulaires ou musculaires ?	OUI	NON
Votre enfant a t il été en contact ces 3 derniers mois Avec une personnes présentant l'un des signes Mentionnés ci-dessus ?	OUI	NON
Votre enfant a t il consulté un médecin pour suspicion de COVID ?	OUI	NON
Votre enfant a t il été hospitalisé(e)	OUI	NON
Votre enfant a t il bénéficié(e) d'un test de dépistage COVID 19 ?	OUI	NON
Si oui lequel ?		
Prélèvement nasal ?	OUI	NON
Prélèvement sanguin ?	OUI	NON
Connaissez vous le résultat ?	OUI	NON
Résultat :		
Au repos ou à l'effort :		
Votre enfant a t il l'impression de battements des cardiaques irréguliers ?	OUI	NON
Votre enfant vous semble t il anormalement essoufflé(e) ?	OUI	NON
Votre enfant se plaint il une douleur thoracique ?	OUI	NON
Avez vous l'impression que votre enfant est anormalement fatigué ?	OUI	NON
Votre enfant suit il actuellement un traitement	OUI	NON
Si OUI, lequel		

Ce document est à présenter à votre médecin lors de la consultation destinée à l'établissement du certificat de non contre-indication à la pratique du rugby ou à la reprise de l'entrainement

En l'absence de possibilité de consultation médicale une seule réponse OUI impose une suspension temporaire de la reprise de l'activité sportive jusqu'à une consultation médicale

Je soussigné NOM : PRENOM : représentant légal
de l'enfant : NOM : PRENOM certifie l'exactitude des réponses ci-dessus

Fait à *(Lieu)* le *(Date)* SIGNATURE

Commission médicale Ligue AURA rugby:
O.Capel (president),V.Cavelier(référent Covid), N.Dance, JP. Caille, R.Normann, JC.Joseph, M.Zaragori, A.Ludosan, F. Vejux, F.Bottero, S. De Jesus, B.Chapot