**DECLARATION PERSONNELLE SANITAIRE COVID 19**

Je soussigné (e), Nom : ………………………………………………………………………… Prénom :………………………………………………………

Date de naissance : …………………………………………….. Club : ……………………………………………………………………………………………………

Situation (entourer la bonne réponse) : Athlète Jury Bénévole

Numéro de licence : ………………………………………………………………………..

**Avez-vous présenté dans les 14 jours précédents cette compétition un des signes suivants :**

* Fièvre - Frissons
* Fatigue/ malaise - Toux
* Courbatures - Perte du goût ou de l’odorat
* Céphalées/ maux de tête - Diarrhée.

OUI NON (entourer la bonne réponse)

A votre connaissance, avez-vous été en contact sans protection dans les 14 jours précédents cette compétition avec des personnes présentant les symptômes cités précédemment ou bien testées positives par test COVID PCR nasal ?

OUI NON (entourer la bonne réponse)

**Si vous avez répondu OUI à l’une des 2 questions, il est recommandé**

**de ne pas participer à cette compétition.**

Si vous avez répondu **NON** aux 2 questions, engagez-vous à respecter pendant toute la compétition (stade et hébergement) les mesures sanitaires en vigueur :

* Port du masque en permanence sauf pendant l’effort physique pour les athlètes
* Lavage très régulier des mains au gel hydro alcoolique (30 secondes) ou au savon (2 à 3 minutes)
* Distanciation sociale de 1 mètre minimum avec les autres personnes
* Pas de contact cutané : saluer sans se serrer la main (ni embrassades, ni accolades)
* Eternuer ou tousser dans son coude
* Utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter dans une poubelle

**Merci aux responsables des athlètes de déposer les attestations remplies et signées dès votre arrivée.**

Date : …………………………………………………………….. Signature :