



Comité de l'Aude de Rugby à XV



ATTESTATION MEDICALE APRES CONFINEMENT COVID

NOM	Prénom	Club
-----	--------	------

Vous devez apporter Réponse à chacune des Questions ci-dessous, en entourant la case correspondante

	En cas de Questions ou de Difficulté, Veuillez-vous rapprocher de votre Médecin Traitant		
1	Avez-Vous été atteint du COVID 19 dans les 15 Derniers Jours ?	oui	non
2	Avez-Vous été en CONTACT avec une Personne atteinte du COVID 19 dans les 10 derniers jours ?	oui	non

Présentez-vous ce jour, ou avez-vous présenté dans les 48h Précédentes un des signes suivants :

3	De la FIEVRE (Température égale ou supérieure à 38°) ??	oui	non
4	Des COURBATURES ?	oui	non
5	De la TOUX ?	oui	non
6	Des Signes ORL : Rhume, Angine, Pharyngite (en dehors d'une Rhinite ou Conjonctivite Saisonnrière connue les années précédentes) ?	oui	non
7	Une PERTE de l'ODORAT (Sans avoir le Nez Bouché) ou une PERTE DU GOUT de vos Aliments ?	oui	non
8	Des Maux de Tête Inhabituels ?	oui	non
9	Des Troubles Digestifs tels que Nausées, Vomissements, Douleurs Abdominales avec Diarrhées ?	oui	non
10	Une Fatigue Inhabituelle ?	oui	non
11	Des Lésions Cutanées : crevasses ou engelures ?	oui	non
12	D'autres signes tels que périodes de désorientation ou perte d'équilibre ?	oui	non
AURIEZ-Vous été en CONTACT dans la semaine écoulée avec une Personne qui présentait l'un des signes mentionné dans les questions 3 à 12 ?		oui	non

J'atteste sur l'Honneur de la Véracité et de la Sincérité de mes Réponses

Signature à le /.... /2020

