

## DÉCLARATION OBLIGATOIRE – ÉTAT DE SANTÉ

Ce questionnaire doit être rempli par tous les membres avant la reprise de l'entraînement sur glace. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tout un chacun soit conscient des risques associés à la pratique sportive.

*This questionnaire must be completed by all members before resuming ice training. During this COVID-19 period, it is essential that everyone is aware of the risks associated with practicing sports.*

### COORDONNÉES / CONTACT INFORMATION

Nom / Surname	
Prénom / Name	
Adresse courriel / Email address	
Téléphone / Phone number	
GROUPE / GROUP #	

1. Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre, toux récente, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale)? / <i>Do you have any symptoms related to COVID-19 (fever OR recent cough OR difficulty breathing OR sudden loss of smell or taste without nasal congestion)?</i>	<input type="checkbox"/> OUI - YES <input type="checkbox"/> NON - NO
2. Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au coeur), diarrhée)? / <i>Do you have the following symptoms OR a combination of symptoms such as fatigue, headache, myalgia (Diffuse muscle pain), arthralgia (Joint pain), sore throat, digestive symptoms (nausea/diarrhea)?</i>	<input type="checkbox"/> OUI - YES <input type="checkbox"/> NON - NO
3. Habitez-vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19? / <i>Do you live with someone who has symptoms related to COVID-19?</i>	<input type="checkbox"/> OUI - YES <input type="checkbox"/> NON - NO
4. Est-ce que vous êtes en attente d'un résultat ou cohabitez-vous avec quelqu'un qui est en attente d'un résultat du test de dépistage pour la Covid-19 ? / <i>Are you waiting for a result or are you living with someone who is waiting for a test result for Covid-19?</i>	<input type="checkbox"/> OUI - YES <input type="checkbox"/> NON - NO
5. Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille? / <i>Do you have a history of heart disease in your family?</i>	<input type="checkbox"/> OUI - YES <input type="checkbox"/> NON - NO
6. Êtes-vous atteint de diabète ? / <i>Do you have diabetes?</i>	<input type="checkbox"/> OUI - YES <input type="checkbox"/> NON - NO
7. Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme)? / <i>Do you suffer from wheezing (asthma)?</i>	<input type="checkbox"/> OUI - YES <input type="checkbox"/> NON - NO
8. En signant ce questionnaire, vous vous engagez à rapporter tout changement à votre état de santé. Vous déclarez comprendre à cet effet votre obligation prévue à l'article 49 de la LSST (protéger sa santé, sa sécurité, son intégrité physique et ne pas mettre en danger les autres). / <i>By signing this questionnaire, you agree to report any changes in your health. You declare that you understand your obligation under article 49 of the OHS Act (protect your health, safety, physical integrity and not endanger others).</i>	<input type="checkbox"/> OUI - YES <input type="checkbox"/> NON - NO

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
JJ / MM / AAAA