

ANNEXE : AUTO-QUESTIONNAIRE DE VÉRIFICATION DE LA SANTÉ

Auto-questionnaire à remplir par le pratiquant inscrit dans l'un des programmes sport-santé de la fédération, avant chaque séance de reprise. **En cas de réponse positive à l'une des questions, ne pas effectuer la séance et prendre contact avec son médecin traitant.**

Symptômes

OUI

NON

Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ?

Pensez-vous avoir de la fièvre ($\geq 37,8$ °C) ou une sensation de **fièvre** ?

Avez-vous noté un **manque de souffle** inhabituel lorsque vous parlez ou faites un petit effort ?

Avez-vous **mal à la gorge** ?

Ressentez-vous une **fatigue inhabituelle** ?

Notez-vous une forte **diminution ou perte de votre goût ou de votre odorat** ?

Ressentez-vous **des douleurs thoraciques** ?

Avez-vous **mal à la tête** ?

Avez-vous des **courbatures** ?

Avez-vous de la **diarrhée** ?