

## Declaration sur l'honneur

Federation Nationale: \_\_\_\_\_  
Club (option): \_\_\_\_\_  
Nom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_

Avez vous remarqué l'un des symptômes suivant lors des 14 derniers jours?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| • Température du corps au delà de 37,5°C:                          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Toux sèche:  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Douleurs à la gorge :  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Essoufflement:   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Envie de vomir et/ou diarrhée:                                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Apparition soudaine de douleurs articulaires et/ou musculaires : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Fatigue sans cause connue:                                       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Probleme quant au gout ou à l'odeur :                            | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Avez-vous été lors des 14 derniers jours en contact avec quelqu'un qui a déclaré une infection au Covid19 ?

OUI  NON

Je comprends que la participation est uniquement possible si l'ensemble des questions ci-dessus ont comme réponse "NON".

J'ai répondu aux questions avec honneteté et je comprends que toute violation contre les directives seront sujettes à une action disciplinaire tout comme des conséquences juridiques.

JE DECLARE que je respecterai à tout moment les instructions qui m'ont été données par le comité d'organisation local ou par toute autorité de l'UEJ ou autre responsable de santé publique en relation avec la prévention des maladies. Je comprends que les restrictions peuvent être modifiées en raison de nécessité ou pour respecter les lois locales sur la santé publique, et dans le cas où un tel changement de restrictions affecterait ma participation, je renonce à tous les droits de dommages et intérêts ou autre compensation.

Signature: .....

Non (en caractères d'imprimerie) : .....

Date: .....

Le responsable Covid-19

Athlète/parent\*

\*Parent (représentant): parent, personne responsable ayant autorité légale autorisée à signer un consentement au nom du mineur né en 2004, 2005, 2006.