



# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Ce questionnaire médical doit être rempli par tous les membres désirant participer aux activités du club pour l'été 2020. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tout un chacun soit conscient des risques associés à la pratique sportive.

## INFORMATION DU PARTICIPANT

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

## CONTACT D'URGENCE

Nom du contact d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien avec le participant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

### DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1   Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   Êtes-vous atteint de diabète?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4   Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5   Avez-vous suivi un traitement médical de longue durée?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### À CE JOUR :

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6   Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7   Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**NB** : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du membre.

## SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

Vous êtes en mesure de débiter vos activités

## SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS :

Vous devez fournir un billet médical ou une autorisation médicale avant de pouvoir participer à des activités sportives **SI** votre condition n'est pas déjà suivie par un médecin.



## RECONNAISSANCE DE RISQUE COVID-19

Le coronavirus, **COVID-19**, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le **COVID-19** est extrêmement contagieux et se propagerait principalement par contact de personne à personne. Par conséquent, les autorités gouvernementales, tant locales que provinciales et fédérales, recommandent diverses mesures et interdisent divers comportements, le tout dans le but de réduire la propagation du virus.

Soccer Québec et ses membres, dont le FC Saint-Hyacinthe fait partie, s'engagent à se conformer à toutes les exigences et recommandations de la Santé publique du Québec et autres autorités gouvernementales, et à mettre en place et adopter toutes les mesures nécessaires à cet effet. Cependant Soccer Québec et le FC Saint-Hyacinthe ne peuvent garantir que vous ou votre enfant, ne serez pas infecté par le **COVID-19**. De plus, votre participation aux activités pourrait augmenter vos risques de contracter le **COVID-19**, malgré toutes les mesures en place.

-----  
En signant le présent document,

- 1) Je reconnais la nature hautement contagieuse du **COVID-19** et j'assume volontairement le risque que je ou mon enfant, puisse être exposé ou infecté par le **COVID-19** par ma (sa) participation aux activités de Soccer Québec ou du FC Saint-Hyacinthe. L'exposition ou l'infection au **COVID-19** peut notamment entraîner des blessures, des maladies ou autres affections ;
- 2) Je déclare que ma participation ou celle de mon enfant, aux activités de Soccer Québec ou du FC Saint-Hyacinthe est volontaire ;
- 3) Je déclare que ni moi ou mon enfant, ni personne habitant sous mon toit, n'a manifesté des symptômes de rhume ou de grippe (incluant de la fièvre, toux, mal de gorge, maladie respiratoire ou des difficultés respiratoires) au cours des 14 derniers jours ;
- 4) Si moi ou mon enfant éprouvons des symptômes de rhume ou de grippe après la signature de la présente déclaration, moi ou mon enfant nous engageons à ne pas nous présenter ou participer aux activités de Soccer Québec ou du FC Saint-Hyacinthe durant au moins 14 jours après la dernière manifestation des symptômes de rhume ou de grippe.
- 5) Je déclare que ni moi ou mon enfant, ni personne habitant sous mon toit, n'a voyagé ou fait escale à l'extérieur du Canada, ni dans aucune province à l'extérieur du Québec dans les 14 derniers jours. Si moi ou mon enfant voyageons à l'extérieur de la province de Québec après avoir signé la présente déclaration, nous nous engageons à ne pas nous présenter ou participer aux activités de Soccer ou du FC Saint-Hyacinthe durant au moins 14 jours après la de retour de voyage.

Le présent document demeurera en vigueur jusqu'à ce que Soccer Québec reçoive les directives des autorités gouvernementales provinciales et de la Santé publique du Québec, à l'effet que les engagements contenus à la présente déclaration ne sont plus nécessaires.

J'AI SIGNÉ LA PRÉSENTE DÉCLARATION LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom du parent/tuteur/responsable légal  
(si le participant est moins de 14 ans)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur/responsable légal

Lieu/Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_