

CHAMPIONNAT DE TUNISIE D'AVIRON CLASSIQUE
Lac de Tunis, 30 mai 2021

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ PRÉALABLE AU CHAMPIONNAT

À remplir ce questionnaire par tous les participants accrédités et à soumettre avant ... 2021 avant l'arrivée à Tabarka. Une fois rempli et signé, ce formulaire peut être numérisé et envoyé à: donia.koubaa69@gmail.com

tout le monde	Nom de famille	
	Prénom	
	Numéro de téléphone	
	Adresse e-mail	
	Pays visités au cours des 14 derniers jours	
	Groupe: <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Autre: _____	
Équipes uniquement	Fédération membre	
	Nom du responsable d'équipe	
	Adresse lors du championnat	

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous...	
Avez-vous eu des contacts étroits avec une personne diagnostiquée comme ayant la maladie à coronavirus COVID-19?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui
Fourni des soins directs aux patients atteints de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui
Vous avez visité ou séjourné dans un environnement fermé avec un patient atteint de la maladie à coronavirus COVID-19?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui
Avez-vous travaillé ensemble à proximité ou partagé le même environnement de classe avec un patient COVID-19?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui
Vous avez voyagé avec un patient COVID-19 dans n'importe quel type de moyen de transport?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui
Vous avez vécu dans le même foyer qu'un patient COVID-19?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui
Vous êtes en quarantaine?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui
Testé positif au test PCR?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui
Vous avez présenté l'un des symptômes suivants maintenant et / ou au cours des 14 jours précédents: fièvre, toux sèche, essoufflement, trouble ou perte de l'odorat et du goût, légère diarrhée, inflammation des yeux - conjonctivite, mal de gorge, congestion, maux de tête, Frissons, douleurs musculaires et articulaires	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui

- ÉQUIPES: Je confirme que je ferai rapport au personnel médical de l'équipe dès que mon état de santé changera, même s'il s'agit d'un changement mineur.
- Je confirme que j'accepterai et respecterai le plan de réponse Covid du comité d'organisation.
- Je suis conscient que ces réglementations ne peuvent que minimiser le risque d'infection et ni le CO ni World Rowing ne peuvent être tenus responsables d'une infection potentielle.
- Je consens à ce que le comité d'organisation et le World Rowing collectent et stockent les données fournies conformément au RGPD.

Date

Signature