



CHARTRE COVID-19

Document susceptible d'évoluer en fonction des décisions
gouvernementales

Date :
23/05/2020
Mise à jour :
29/05/2020

ATTESTATION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

QUESTIONNAIRE :

Pensez-vous avoir le coronavirus ou en présenter un/des symptômes ? OUI NON

Avez-vous été exposé au virus au cours des 14 derniers jours ? OUI NON

Avez-vous voyagé en dehors de France au cours des 14 derniers jours ? OUI NON

Je m'engage à ne présenter aucun des symptômes suivants :

- Toux
- Essoufflement
- Fièvre > 37,77 degrés
- Refroidissement ou secousses répétées avec frissons
- Douleurs musculaires
- Mal de gorge
- Maux de tête
- Perte du goût ou de l'odorat
- Troubles digestifs

Par la présente, je m'engage à ne présenter aucun de ces symptômes du covid et j'autorise l'EPSM à transmettre le questionnaire à la demande de l'autorité compétente.

Ce questionnaire sera être conservé puis détruit en fin de saison

J'ai pris connaissance des consignes et plan d'action du centre de parachutisme de l'EPSM

Date :

Signature :