



# Tri des membres de l'équipe

## (Joueurs et staff)

Réponds aux questions suivantes concernant le COVID-19 en cochant OUI ou NON	OUI	NON
As-tu été diagnostiqué(e) positif(ve) au COVID-19 dans les 10 derniers jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentes-tu des symptômes de maladie tels que : fièvre, sensation de fièvre, douleurs musculaires, souffle court, maux de gorge, perte soudaine de l'odorat et/ou du goût, toux inhabituelle, conjonctivite, maux de tête, rhume, symptômes gastro-intestinaux, fatigue persistante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans les 10 derniers jours, as-tu été en contact étroit avec une personne qui a été testée positive au COVID-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fais-tu partie d'un groupe à risque et tu n'es pas censé(e) être ici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprends-tu les règles du Plan de protection COVID-19 « Volley-Ball Club Fully » et vas-tu les respecter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### As-tu coché « oui » plus de deux fois ?

- Tu restes à la maison et tu appelles ton médecin de famille
- Tu informes immédiatement ton entraîneur ou le représentant Covid-19 de ton club

As-tu coché « non » à la dernière question ? -> Tu restes à la maison.

### Données personnelles

Les informations fournies servent exclusivement à retracer d'éventuelles chaînes d'infection. Elles seront traitées de manière confidentielle et

Nom :  Prénom :   
Equipe :  N° téléphone :   
Date de naissance :  E-mail :   
Date :  Heure d'arrivée :

Par ma signature, je certifie avoir répondu correctement aux questions ci-dessus. Si je suis contaminé au virus COVID-19 durant ma séance de volley malgré toutes les mesures mises en place, j'en porte l'entière et unique responsabilité. Je renonce à poursuivre mes coéquipiers, le staff d'équipe, les membres du comité du VBC Fully ainsi que les responsables et propriétaires des infrastructures.

Signature du membre de l'équipe :