

**QUESTIONNAIRE PREALABLE à LA REPRISE D'ENTRAÎNEMENT  
de GYMNASTIQUE**

**Ce questionnaire sera rempli par les Parents avant la reprise des entraînements  
et remis daté et signé.  
En son absence l'enfant ne pourra pas participer à l'entraînement.**

**VOTRE ENFANT A-T-IL PLUS de 38° de TEMPERATURE ?**

- OUI  
 NON

**VOTRE ENFANT A-T-IL L'IMPRESSION d'AVOIR PERDU le GOUT ET/OU l'ODORAT ?**

- OUI  
 NON

**VOTRE ENFANT EST-IL ESSOUFLÉ OU/ET A-T-IL des QUINTES de TOUX ?**

- OUI  
 NON

**UNE PERSONNE de SON ENTOURAGE EST-ELLE SUSPECTÉE de COVID-19 ?**

- OUI  
 NON

**VOTRE ENFANT PRESENTE T-IL une FATIGUE ANORMALE ?**

- OUI  
 NON

**VOTRE ENFANT A-T-IL de la DIARRHÉE OU/ET de MAUX DE TÊTE ET/OU des  
DOULEURS MUSCULAIRES ANORMALES ET/OU des VERTIGES**

- OUI  
 NON

**En CAS de REPONSE OUI à une SEULE de ces QUESTIONS, l'ENFANT NE SE  
PRESENTERA PAS à l'ENTRAÎNEMENT ET DEVRA CONTACTER SON MEDECIN  
AVANT TOUTE REPRISE SPORTIVE**

Je soussigné NOM :

PRENOM :

représentant légal de l'enfant, NOM :

PRENOM :

certifie l'exactitude des réponses ci-dessus et m'engage à signaler rapidement l'apparition de /des  
symptôme(s) cité(s) ci-dessus.

Fait à (Lieu)  
SIGNATURE

le (Date)