

Lames Argentées de Montréal / Montreal Silver Blades

Déclaration état de santé / Health declaration

Nom du Patineur/ Skater's name: _____

Groupe / Group: _____

Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre, toux récente, difficultés respiratoires, pertes soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale)? / Do you have any symptoms related to COVID-19 do (fever OR recent cough OR difficulty breathing OR sudden lost of smell or taste without nasal congestion)?

- Oui / Yes
 Non / No

Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée, myalgie, arthralgie, mal de gorge, symptômes digestifs (nausée, mal de coeur), diarrhée ? / Do you have the following symptoms OR a combination of symptoms such as fatigue, headache, myalgia, arthralgia, sore throat, digestive symptoms (nausea/diarrhea)?

- Oui / Yes
 Non / No

Habitez-vous ou étiez-vous en contact avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19? / Do you live or had contact with someone who has symptoms related to COVID-19?

- Oui / Yes
 Non / No

Est-ce que vous êtes en attente d'un résultat ou cohabitez-vous avec quelqu'un qui est en attente d'un résultat du test de dépistage pour la Covid-19 ? / Are you waiting for a result or are you living with someone who is waiting for a test result for Covid-19?

- Oui / Yes
 Non / No

Avez-vous voyagé dans les 14 derniers jours. / Have you traveled in the last 14 days.

- Oui / Yes
 Non / No

En signant ce questionnaire, je m'engage à respecter les mesures sanitaires en place et à rapporter tout changement à mon état de santé. / Be signing this questionnaire, I agree to respect the health measures in place and to report any changes to my health.

Signature: _____

Date: _____