

**QUESTIONNAIRE COVID-19 – EQUIPAGES N°**

Nom – Prénom :

N° Portable :

**Avez-vous actuellement – ou avez-vous eu dans les jours précédents – un ou plusieurs symptômes suivants, de façon inhabituelle ?**

Fièvre (supérieure à 38°)	OUI	NON
Toux Sèche	OUI	NON
Difficultés à respirer ou respiration rapide	OUI	NON
Perte de l'odorat	OUI	NON
Perte du goût	OUI	NON
Maux de gorge	OUI	NON
Ecoulement nasal	OUI	NON
Douleurs thoraciques	OUI	NON
Courbatures et/ou douleurs musculaires	OUI	NON
Fatigue importante	OUI	NON
Confusion, désorientation	OUI	NON
Maux de tête inhabituels	OUI	NON
Diarrhées	OUI	NON
Nausées et/ou vomissements	OUI	NON
Eruption cutanée ou crevasses aux doigts ou à la main	OUI	NON

Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19 au cours des 7 derniers jours ?

OUI

NON

**J'atteste sur l'honneur avoir rempli ce questionnaire avec sincérité**

Date :

Signature :

**En cas de doute, je m'engage à contacter le médecin chef du rallye au 06.86.07.23.93**