

# 全ベルギー剣道連盟

ALL BELGIUM KENDŌ FEDERATION

## QUESTIONNAIRE

Formulaire à remettre obligatoirement à l'organisateur de l'événement

Nom / Prénom:

Adresse:

N° de licence:

N° tél:

Club:

e-mail:

1. Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les jours précédents un ou plusieurs des symptômes suivants de façon inhabituelle ?

### SYMPTÔMES MAJEURS

- Fièvre (température mesurée >38°C) Oui - Non
- Toux sèche Oui - Non
- Difficulté à respirer  
ou fréquence respiratoire élevée (>20/min) Oui - Non
- Anosmie (perte de l'odorat) Oui - Non
- Agueusie (perte du goût) Oui - Non

### SYMPTÔMES MINEURS

- Maux de gorge Oui - Non
- Rhinorrhée (« nez qui coule ») Oui - Non
- Douleur thoracique Oui - Non
- Myalgies (« mal dans les muscles », courbatures) Oui - Non
- Altération de l'état général ou fatigue importante Oui - Non
- Confusion
- (« pensées qui se mélangent », désorientation) Oui - Non
- Céphalées (« maux de tête ») Oui - Non
- Diarrhées Oui - Non
- Nausées et/ou vomissements Oui - Non
- Eruptions cutanée ou engelures/crevasses aux doigts  
Ou à la main Oui - Non

2. Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ? Oui - Non

Staff médical ABKF - Dr. Marc Namèche

**Ce document est STRICTEMENT CONFIDENTIEL et ne peut en aucun cas être diffusé ou utilisé sans l'accord écrit du présent signataire.**

Date et Signature