



## Questionnaire santé pour la plongée ou la randonnée palmé

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Antécédent médicaux : .....

Cochez, si vous répondez oui à une ou plusieurs de ces questions :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas en pleine forme   | <input type="checkbox"/> J'ai une perte du goût et/ou odorat |
| <input type="checkbox"/> Ma température est de 38°C ou plus   | <input type="checkbox"/> J'ai la diarrhée                    |
| <input type="checkbox"/> Je ressens une gêne respiratoire   | <input type="checkbox"/> J'ai des maux de tête               |
| <input type="checkbox"/> J'ai de la toux  | <input type="checkbox"/> J'ai le nez qui coule               |
| <input type="checkbox"/> J'ai une fatigue importante  |  |
| <input type="checkbox"/> J'ai été en contact avec une personne atteinte du Covid 19 ou qui a eu des symptômes précédemment énoncé (durant ces 5 dernières semaines) |  |
| <input type="checkbox"/> J'ai été diagnostiqué Covid 19 positif   |  |

Si vous avez coché au moins une question ci dessus, une visite médicale est obligatoire pour pouvoir reprendre la plongée jusqu'à nouvel ordre.

Date et lieu,

Signature