Sports et plein air
arénas
Val-d'Or

Nom de l'équipe : _____ Date de la joute : _____

Nom du responsable : _____

PRÉSENCES ET DECLARATION D'ABSENCE DE SYMPTÔME D'INFECTION PAR LE COVID-19 AU COURS DES DERNIÈRES 48 HEURES

NOM DU PARTICIPANT (en lettres moulées)	Initiales	Fièvre ou frissons	Toux ou augmentation de toux habituelle	Fatigue inhabituelle	Essoufflement Inhabituel	Douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles	Maux de tête inexpliqués	Perde de goût ou d'odorat	Diarrhées inhabituelles
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									