**QUESTIONNAIRE MÉDICAL / MEDICAL FORM**

***\* Note : ce questionnaire doit être rempli par tous les membres du CPA de Cowansville, avant le début de l'entraînement sur glace et/ou de l’entrainement hors-glace. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tout un chacun soit conscient des risques associés à la pratique sportive /*** *This form must be completed by all members of CPA of Cowansville, before resuming ice training and/or off-ice training. During this COVID-19 period, it is essential that everyone is aware of the risks associated with practicing sports.*

1. **COORDONNÉES** / CONTACT INFORMATIONS

* **Nom complet** / Complete Name : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Club ou école de patinage** / Club or Skating school: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Adresse courriel** / Email address : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Numéro de téléphone** / Phone number : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Discipline** / Discipline : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* OUI - YES □
* NON - NO □

3. **Souffrez-vous des symptômes suivants ou d’une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au coeur), diarrhée) ?** */ Do you have the following symptoms or a combination of such symptoms as fatigue, headache, myalgia (Diffuse muscle pain), arthralgia (Joint pain), sore throat, digestive symptoms (nausea/diarrhea)?*

* OUI - YES □
* NON - NO □

4. **Habitez- vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19 ?** / *Do you live with someone who has symptoms related to COVID-19?*

* OUI - YES □
* NON - NO □

5. **Êtes-vous 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 □

6. **Y’a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille ?** / *Are there any histories of heart disease in your family?*

* OUI - YES □
* NON - NO □

7. **Êtes-vous atteint de diabète ?** */ Do you have diabetes?*

* OUI - YES □
* NON - NO □

8. **Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme)?** / *Do you suffer from wheezing (asthma)?*

* OUI - YES □
* NON - NO □

**En signant ce questionnaire, vous vous engagez à rapporter tout changement à votre état de santé. Vous déclarez comprendre à cet effet votre obligation de protéger sa santé, sa sécurité, son intégrité physique et ne pas mettre en danger les autres.** / *By signing this form, you agree to report any changes in your health. You declare that you understand your obligation to protect your health, safety, physical integrity and not endanger others.*

Signé le / Signed on \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du membre ou d’un parent (pour les membres en bas âge) /*Signature of the member or parent’s signature (for a child member) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nom du membre du comité: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*