**QUESTIONNAIRE PREALABLE à LA REPRISE DES COURS DE PILATES EN SALLE**

**Ce questionnaire devra être rempli avant la reprise des cours**

**et remis daté et signé.**

**En son absence vous ne pourrez pas participer au cours.**

**AVEZ-VOUS PLUS de 38° de TEMPERATURE ?**

☐OUI

☐NON

**AVEZ-VOUS l’IMPRESSION d’AVOIR PERDU le GOUT ET/OU  l’ODORAT ?**

☐OUI

☐NON

**ETES VOUS ESSOUFLÉ OU/ET AVEZ VOUS des QUINTES de TOUX ?**

☐OUI

☐NON

**UNE PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE EST-ELLE SUSPECTÉE de COVID-19 ?**

☐OUI

☐NON

**PRESENTEZ VOUS une FATIGUE ANORMALE ?**

☐OUI

☐NON

**AVEZ VOUS de la DIARRHÉE OU/ET de MAUX DE TÊTE ET/OU des DOULEURS MUSCULAIRES ANORMALES ET/OU des VERTIGES**

☐ OUI

☐ NON

**En CAS de REPONSE OUI à une SEULE de ces QUESTIONS, VOUS NE POURREZ VOUS PRESENTEZ EN COURS ET DEVREZ CONTACTER VOTRE MEDECIN ET OBTENIR UN AVAL SIGNE DE SA MAIN AVANT TOUTE REPRISE SPORTIVE**

Je soussigné NOM : PRENOM :

certifie l’exactitude des réponses ci-dessus  et m’engage à signaler rapidement l’apparition de /des symptôme(s) cité(s) ci-dessus.

Fait à *(Lieu)* le *(Date)* SIGNATURE