



- Attestation COVID 19 -

Nom, Prénom:

Tél:..... Mail:.....

Symptômes cliniques	OUI	NON
Avez-vous de la fièvre (température \geq à 38°C) ?		
Avez-vous une toux récente ou une toux aggravée ?		
Avez-vous une gêne respiratoire récente ou aggravée ?		
Avez-vous des nausées et/ou vomissements et/ou diarrhée ?		
Avez-vous des maux de gorge ou un écoulement nasal ?		
Etes-vous sujet à une pathologie respiratoire et/ou cardiaque et/ou rénale chronique ?		
Risque d'exposition au COVID	OUI	NON
Avez-vous été testé positif au COVID 19 ?		
Avez-vous été en contact avec un cas confirmé dans les 2 dernières semaines ?		
Etes-vous de retour d'une zone ou d'un département à risque (dans les 2 dernières semaines) ?		
Avez-vous visité ou travaillez-vous dans un établissement ayant pris en charge un cas COVID dans les 2 dernières semaines ?		
<i>Dans le cas d'une ou plusieurs réponses positives à ces questions, nous vous invitons à recueillir un avis médical avant engagement</i>		

>ATTENTION : tout changement dans un des paramètres durant la période doit être signalé

Au vu de la situation particulière liée au COVID19, je m'engage sur l'honneur à bien vouloir prendre connaissance des guides pratiques post-confinement <http://www.sports.gouv.fr> liés à la reprise des activités physiques et sportives et à respecter l'ensemble des directives ministérielles en vigueur, les règles sanitaires qui s'y rapportent ainsi que les gestes barrières qui y sont énoncés notamment pour les sports de montagne et l'» canyon au cours de la totalité de la période mentionnée dans la présente attestation.

Date :..... à

Signature précédée de la mention « lu, compris et approuvé »

Le(la) participant(e)

Le(la) responsable légal(e) (si participant(e) mineur(e))