

FORMULAIRE DE RAPPORT SUPPLEMENTAIRE n°

A) Objet du rapport : COVID 19 QUESTIONNAIRE POUR L'ATHLETE :

- | | oui | non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Je suis malade (COVID 19 positif) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Une autre personne au domicile est malade (COVID 19 positif) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je suis en auto-isolement
jusqu'au : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Je suis en quarantaine
jusqu'au : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. J'ai des symptômes pouvant évoquer les symptômes de COVID 19
(par exemple : fièvre, toux, mal de gorge) :

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Une personne malade au domicile a des symptômes pouvant évoquer les symptômes de COVID 19 (par exemple : fièvre, toux, mal de gorge) :

_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Je refuse de me soumettre au contrôle antidopage pour les raisons suivantes :

_____ | | |

B) Confirmation de la procédure :

Je soussigné(e) certifie que les données ci-dessus sont véridiques et exactes. Je comprends que le fait de refuser ce contrôle ou de fournir des renseignements frauduleux peut être considéré comme une violation des règles antidopage à sanctionner en tant que telle (suspension jusqu'à 4 ans).

Nom de l'athlète : _____ Signature de l'athlète : _____

Nom de l'ACD : _____ Signature de l'ACD : _____

Fait en double exemplaire le