



CONCURRENT N° :

NOM / PRENOM :

N° de portable :

**Avez-vous actuellement – ou avez-vous eu dans les jours précédents – un ou plusieurs symptômes suivants, de façon inhabituelle ?**

	OUI	NON
Fièvre (supérieure à 38°)		
Toux sèche		
Difficultés à respirer ou respiration rapide		
Perte de l'odorat		
Perte du goût		
Maux de gorge		
Ecoulement nasal		
Douleurs thoraciques		
Courbatures et/ou douleurs musculaires		
Fatigue importante		
Confusion, désorientation		
Maux de tête inhabituels		
Diarrhées		
Nausées et/ou vomissements		
Eruption cutanée ou crevasses aux doigts ou à la main		
Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19 au cours des 15 derniers jours ?		

**J'atteste sur l'honneur avoir rempli ce questionnaire avec sincérité.**

**En cas de doute, je m'engage à contacter le médecin chef du rallye.**

Date :

Signature :

**Toutes personnes, cas contacts ou présentant des symptômes dans les 7 jours précédant le rallye, ne doivent pas participer à l'épreuve.**

**ATT : Si niveau de vigilance renforcé, un test PCR négatif de moins de 72h peut être exigé :**

