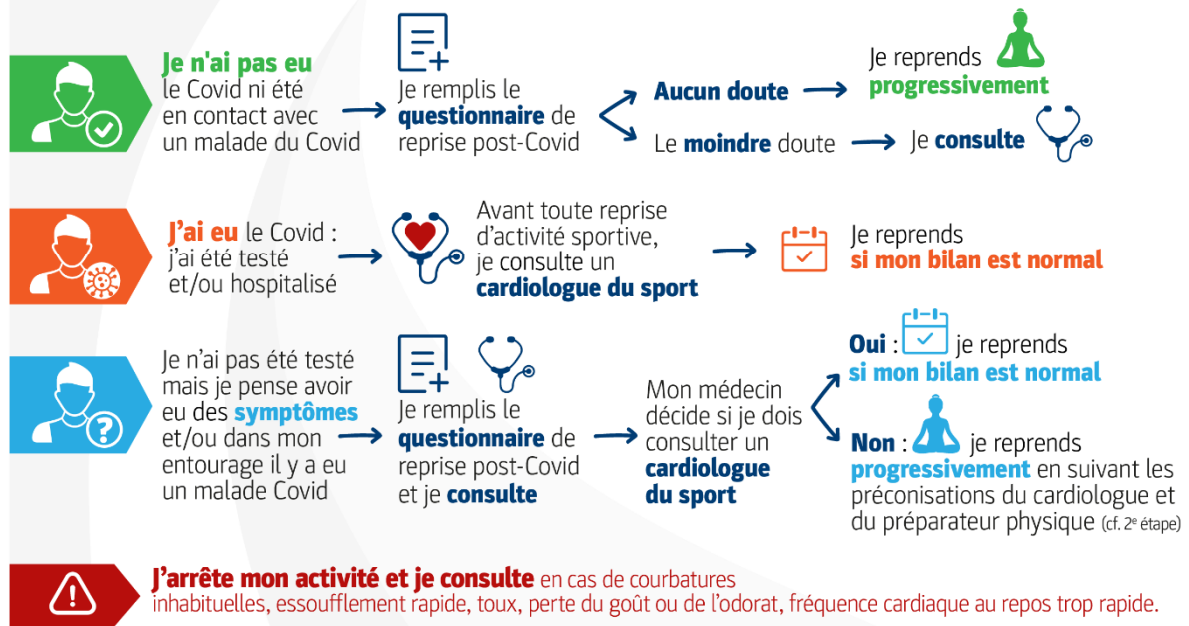


Le présent document doit être IMPERATIVEMENT lu, renseigné et signé par l'adhérent ou par son responsable légal (mineur). A défaut, le club n'autorisera pas l'adhérent à participer aux activités.

L'adhérent ou son représentant légal confirme que sa participation aux activités de reprise d'activité physique « post confinement » organisées par le VEC Handball est pleinement compatible avec les horaires de cours (présentiels ou à distance) prévus par son établissement scolaire.

1^{re} ÉTAPE Je veux reprendre une vraie activité physique



2^e ÉTAPE J'ai eu l'aval médical



QUESTIONNAIRE REPRISE POST CONFINEMENT



FFHANDBALL

Nom : Prénom : Date :
 Température :

Depuis le confinement puis le déconfinement :

Avez-vous consulté un médecin ? oui non
 Avez-vous bénéficié d'une téléconsultation avec un médecin ? oui non
 Avez-vous déclaré une blessure ou une maladie (sans rapport avec le Covid-19) ? oui non

Pendant le confinement ou depuis le début du déconfinement, avez-vous présenté les signes suivants :

	Oui	Non	Survenue brutale ?	Date apparition	Durée en jours
Fièvre (+/- frissons, sueurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleur ou gêne thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleurs musculaires inexpliquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fatigue intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux de tête inhabituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte de l'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte du goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles digestifs associés (diarrhée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Engelures (orteil ou doigt violacé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Avez-vous été dépisté oui non
 Si oui : date et résultat du test positif négatif

Depuis le début du confinement puis du déconfinement, y a-t-il eu dans votre entourage proche :
 Des personnes malades du Covid-19 ou suspectes de Covid-19 oui non

Avez-vous pris + de 5kg pendant le confinement ? oui non

Avez-vous limité votre activité physique à moins de 2 fois par semaine depuis mars ? oui non

Avez-vous ressenti au cours des efforts physiques :
 Une difficulté à faire un exercice facile pour vous habituellement ? oui non
 Vous essoufflez-vous plus vite ? oui non
 Avez-vous plus de courbatures qu'avant ? oui non
 Votre fréquence cardiaque au repos est-elle plus rapide qu'avant ? oui non
 Avez-vous ressenti des palpitations ? oui non

Comment vous sentez-vous d'un point de vue général sur une échelle de 1 à 10 ?
 (0 = méforme totale et 10 = forme excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Depuis le déconfinement :
 Ressentez-vous des appréhensions à la reprise sportive ? oui non
 Ressentez-vous du stress ou de l'anxiété avec le déconfinement (sur une échelle de 1 à 10) ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous eu des troubles du sommeil ? oui non

Maintenant :
 Souhaitez-vous une aide ou un soutien psychologique pour la reprise, si vous avez des questions ou des appréhensions personnelles ou en rapport avec la motivation ou la performance ? oui non

Signature de l'adhérent ou son responsable légal :

NOM : **PRENOM :** **TELEPHONE :**

SIGNATURE :

VILLIERS ETUDIANTS CLUB HANDBALL