APPROBATION du Plan de reprise d’activité Rugby

et ENGAGEMENT de respect du Protocole sanitaire

Je soussigné …………………………………………………………………………………..

Agissant en qualité de :

* **Joueur pratiquant licencié** (¤)
* **Éducateur**
* **Entraîneur**
* **Dirigeant**

(¤) Pour les pratiquants mineurs = Nom et signature du Représentant légal

* Certifie avoir :
* Pris connaissance des éléments suivants :
* Les dispositions du **Plan de reprise d’activité Rugby** établi par le Club
* Les mesures de protection figurant dans le **Protocole sanitaire** mis en place par le Club
* Eté informé du Programme de reprise progressive de l’entraînement et de ses différentes phases déployées par la FFR
* Déclaré, au début de chaque séquence de pratique d’activité, auprès du COVID Manager du Club ou, à défaut, d’un Éducateur ne pas être affecté par un problème de santé particulier dont j’ai connaissance
* M’engage à respecter de manière impérative et à faire respecter les règles, consignes et dispositions figurant dans le Plan de reprise d’activité Rugby et le Protocole sanitaire

**Engagement souscrit le ………………………… à ……………………………………**

**Signature   
(précédée de la mention manuscrite ‘’Lu et approuvé – Bon pour approbation’’)**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL PRÉALABLE à la REPRISE de l’ACTIVITÉ SPORTIVE**

**Version spécifique ‘’ECOLE de RUGBY’’**

Votre enfant ou vous-même avez vous été en contact dans les 3 derniers

mois avec une personne diagnostiquée ou suspectée COVID ? OUI NON

Votre enfant a t il été malade ces 3 derniers mois ? OUI NON

Votre enfant a-t-il fait un épisode de fièvre accompagné de toux ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu de la diarrhée ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu des maux de têtes ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu des vertiges ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu une perte de goût ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu une perte de l’odorat ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu une conjonctivite ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu des douleurs articulaires ou musculaires ? OUI NON

Votre enfant a-t-il été en contact ces 3 derniers mois :

Avec une personne présentant l’un des signes mentionnés ci-dessus ? OUI NON

Votre enfant a-t-il consulté un médecin pour suspicion de COVID ? OUI NON

Votre enfant a-t-il été hospitalisé(e) OUI NON

Votre enfant a-t-il bénéficié(e) d’un test de dépistage COVID 19 ? OUI NON

Si OUI, lequel :

Prélèvement nasal ? OUI NON

Prélèvement sanguin ? OUI NON

Connaissez-vous le résultat ? OUI NON

Résultat :

Au repos ou à l’effort :

Votre enfant a-t-il l’impression de battements cardiaques irréguliers ? OUI NON

Votre enfant vous semble t-il anormalement essoufflé(e) ? OUI NON

Votre enfant se plaint-il d’une douleur thoracique ? OUI NON

Avez vous l’impression que votre enfant est anormalement fatigué ? OUI NON

Votre enfant suit il actuellement un traitement ? OUI NON

Si OUI, lequel :

**Ce document est à présenter à votre Médecin lors de la consultation destinée à l’établissement du certificat de non contre-indication à la pratique du rugby ou à la reprise de l’entrainement.**

**En l’absence de possibilité de consultation médicale, une seule réponse OUI impose une suspension temporaire de la reprise de l’activité sportive jusqu’à une consultation médicale.**

Je soussigné, NOM : PRENOM : représentant légal

de l’enfant - NOM : PRENOM :

certifie l’exactitude des réponses ci-dessus

Fait à *(Lieu)* le *(Date)* SIGNATURE

**Commission médicale de la Ligue AuRA Rugby :**

O. Capel (Président), V. Cavelier (Référent COVID), N. Dance, JP. Caille, R. Normann, JC. Joseph,

M. Zaragori, A. Ludosan, F. Vejux, F. Bottero, S. De Jésus, B. Chapot

**QUESTIONNAIRE PREALABLE à CHAQUE ENTRAINEMENT de RUGBY**

**VERSION ‘’ECOLE de RUGBY’’’’’’**

**Ce questionnaire sera rempli par les Parents avant chaque entrainement**

**et remis daté et signé.**

**En son absence l’enfant ne pourra pas participer à l’entraînement.**

**VOTRE ENFANT A-T- IL PLUS de 38° de TEMPERATURE ?**

☐OUI ☐NON

**VOTRE ENFANT A-T-IL l’IMPRESSION d’AVOIR PERDU le GOUT ET/OU  l’ODORAT ?**

☐OUI ☐NON

**VOTRE ENFANT EST-IL ESSOUFLÉ OU/ET A-T-IL des QUINTES de TOUX ?**

☐OUI ☐NON

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

☐OUI ☐NON

**VOTRE ENFANT PRESENTE T-IL une FATIGUE ANORMALE ?**

☐OUI ☐NON

**VOTRE ENFANT A-T-IL 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, l’ENFANT NE SE PRESENTERA PAS à l’ENTRAINEMENT ET DEVRA CONTACTER SON MEDECIN OU le MEDECIN du CLUB AVANT TOUTE REPRISE SPORTIVE**

Je soussigné NOM : PRENOM : représentant légal de l’enfant,   
NOM  : PRENOM :   
certifie l’exactitude des réponses ci-dessus

Fait à *(Lieu)* le *(Date)* SIGNATURE

**Commission médicale de la Ligue AURA Rugby :**

O. Capel (Président), V. Cavelier (Référent COVID), N. Dance, JP. Caille, R. Normann, JC. Joseph,

M. Zaragori, A. Ludosan, F. Vejux, F. Bottero, S. De Jésus, B. Chapot