

## QUESTIONNAIRE DE DÉCLARATION DE SANTÉ AVANT LA PARTICIPATION

Nom / Name: \_\_\_\_\_

Courriel / Email \_\_\_\_\_

Téléphone / Phone number: \_\_\_\_\_

1. Avez-vous des symptômes reliés à la COVID-19 (fièvre, toux récente, difficultés respiratoires, perte soudaine de l'odorat ou du goût sans congestion nasale) ? / *Do you have any symptoms related to COVID-19 Do (fever OR recent cough OR difficulty breathing OR sudden lost of smell or taste without nasal congestion)?*

Oui / Yes \_\_\_\_\_ Non / No \_\_\_\_\_

2. Souffrez-vous des symptômes suivants OU d'une combinaison de symptômes comme fatigue, céphalée (maux de tête), myalgie (douleurs musculaires diffuses), arthralgie (douleurs dans les articulations), mal de gorge, symptômes digestifs (nausée (mal au coeur), diarrhée) ? / *Do you have the following symptoms OR a combination of symptoms such as fatigue, headache, myalgia (Diffuse muscle pain), arthralgia (Joint pain), sore throat, digestive symptoms (nausea/diarrhea)?*

Oui / Yes \_\_\_\_\_ Non / No \_\_\_\_\_

3. Habitez-vous avec quelqu'un qui a des symptômes reliés à la COVID-19? / *Do you live with someone who has symptoms related to COVID-19?*

Oui / Yes \_\_\_\_\_ Non / No \_\_\_\_\_

4. Est-ce que vous êtes en attente d'un résultat ou cohabitez-vous avec quelqu'un qui est en attente d'un résultat du test de dépistage pour la Covid-19 ? / *Are you waiting for a result or are you living with someone who is waiting for a test result for Covid-19?*

Oui / Yes \_\_\_\_\_ Non / No \_\_\_\_\_

5. Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille? / *Are there any histories of heart disease in your family?*

Oui / Yes \_\_\_\_\_ Non / No \_\_\_\_\_

6. Êtes-vous atteint de diabète ? / *Do you have diabetes?*

Oui / Yes \_\_\_\_\_ Non / No \_\_\_\_\_

7. Souffrez-vous de respiration sifflante (asthme)? / *Do you suffer from wheezing (asthma)?*

Oui / Yes \_\_\_\_\_ Non / No \_\_\_\_\_

En signant ce questionnaire, vous vous engagez à rapporter tout changement à votre état de santé. Vous déclarez comprendre à cet effet votre obligation prévue à l'article 49 de la LSST (protéger sa santé, sa sécurité, son intégrité physique et ne pas mettre en danger les autres). / *By signing this questionnaire, you agree to report any changes in your health. You declare that you understand your obligation under article 49 of the OHS Act (protect your health, safety, physical integrity and not endanger others).*

Signature du participant ou du Parent \_\_\_\_\_

Date de signature \_\_\_\_\_