

Club Soccer De Saint-Laurent – Soccer Quebec - *Saint-Laurent Soccer Club*

QUESTIONNAIRE MÉDICAL / *MEDICAL QUESTIONNAIRE*

Ce questionnaire médical doit être rempli par tous les membres désirant participer aux activités du club. Pendant cette période de COVID-19, il est primordial que tout un chacun soit conscient des risques associés à la pratique sportive. / *This medical questionnaire must be completed by all members wishing to participate in club activities.. During this period of COVID-19, it is essential that everyone be aware of the risks associated with practicing sports.*

INFORMATION DU PARTICIPANT / *PARTICIPANT INFORMATION*

Nom du participant / <i>Participants Name</i> :		Date de naissance/ <i>Date of Birth</i> :	Genre / <i>Gender</i> : Femelle / <i>Female</i> Mâle / <i>Male</i>	
Nom contact urgence / <i>Emergency Contact Name</i> :		Lien avec participant / <i>Participant Relation</i>		Tel # Urgence/ <i>Emergency</i>
Quel l'activité? / <i>Which activity?</i>	Recréation / <i>Recreational</i>	Compétitive / <i>Competitive</i>	École EDS / <i>EDS School</i>	Camp

Au cours des 12 derniers mois. Cercle oui ou non / *During the last 12 months. Circle Yes or No*

Y'a-t-il des historiques de maladies cardiaques dans votre famille? / <i>Is there a history of heart disease in your family?</i>	Non No	Oui Yes
Êtes-vous atteint de diabète? / <i>Do you have diabetes?</i>	Non No	Oui Yes
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)? / <i>Have you had an episode of wheezing (asthma)?</i>	Non No	Oui Yes
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin? / <i>If you stopped exercising for 30 days or more for health reasons, did you resume without a doctor's approval?</i>	Non No	Oui Yes
Avez-vous suivi un traitement médical de longue durée? / <i>Did you undergo long-term medical treatment?</i>	Non No	Oui Yes

À ce jour. Cercle oui ou non / *Recently. Circle Yes or No*

Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé? / <i>Is your sporting activity interrupted for health reasons?</i>	Non No	Oui Yes
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive? / <i>Do you think you need medical advice to continue your sport?</i>	Non No	Oui Yes

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du membre / *The answers given are the sole responsibility of the member.*

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS : Vous êtes en mesure de débiter vos activités

IF YOU ANSWERED NO TO ALL QUESTIONS: *You are able to start your activities*

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS :

IF YOU ANSWERED YES TO ONE OR MORE OF THE QUESTIONS:

Vous devez fournir un billet médical ou une autorisation médicale avant de pouvoir participer à des activités sportives SI votre condition n'est pas déjà suivie par un médecin / *You must provide a medical note or medical clearance before you can participate in sports activities if your condition have not already been monitored by a doctor.*

RECONNAISSANCE DE RISQUE COVID-19 : Le nouveau coronavirus, COVID-19, a été déclaré pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le COVID-19 est extrêmement contagieux et se propagerait principalement par contact de personne à personne. Par conséquent, les autorités gouvernementales, tant locales que provinciales et fédérales, recommandent diverses mesures et interdisent divers comportements, le tout dans le but de réduire la propagation du virus. (Nom de la Fédération) et ses membres, dont (nom du Club/de la Ligue) fait partie, s'engagent à se conformer à toutes les exigences et recommandations de la Santé publique du Québec et autres autorités gouvernementales, et à mettre en place et adopter toutes les mesures nécessaires à cet effet. Cependant (Nom de la Fédération) et (nom de l'organisme) ne peuvent garantir que vous (ou votre enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont vous êtes le tuteur ou le responsable légal) ne serez pas infecté par le COVID-19. De plus, votre participation aux activités pourrait augmenter vos risques de contracter le COVID-19, malgré toutes les mesures en place.

Signature requise sur la page suivante ou au verso / *Signature required on next page or reverse*

COVID-19 RISK RECOGNITION: COVID-19, has been declared a global pandemic by the World Health Organization (WHO). COVID-19 is extremely contagious and is believed to be spread primarily through person-to-person contact. Therefore, government authorities, both local, provincial and federal, are recommending various measures and prohibiting various behaviors, all with the aim of reducing the spread of the virus. (Name of the Federation) and its members, of which (name of the Club / League) is a member, undertake to comply with all the requirements and recommendations of the Public Health of Quebec and other government authorities, and to implement place and adopt all necessary measures for this purpose. However (Name of the Federation) and (name of the organization) cannot guarantee that you (or your child, if the participant is a minor / or the person for whom you are the guardian or legal guardian) will not be infected by the COVID-19. In addition, your participation in the activities could increase your risk of contracting COVID-19, despite all the measures in place . **En signant le présent document : 1)** Je reconnais la nature hautement contagieuse du COVID-19 et j'assume volontairement le risque que je (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou le responsable légal) puisse être exposé ou infecté par le COVID-19 par ma (sa) participation aux activités de (Nom de la Fédération) ou de (nom du Club/de la Ligue). L'exposition ou l'infection au COVID-19 peut notamment entraîner des blessures, des maladies ou autres affections : **2)** Je déclare que ma participation (ou celle de mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) aux activités de (Nom de la Fédération) ou de (nom du Club/de la Ligue) est volontaire : **3)** Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a manifesté des symptômes de rhume ou de grippe (incluant de la fièvre, toux, mal de gorge, maladie respiratoire ou des difficultés respiratoires) au cours des 14 derniers jours : **4)** Si moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), éprouve des symptômes de rhume ou de grippe après la signature de la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités de (Nom de la Fédération) (ou de nom du Club/de la Ligue) durant au moins 14 jours après la dernière manifestation des symptômes de rhume ou de grippe. **5)** Je déclare que ni moi (ou mon enfant, si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal), ni personne habitant sous mon toit, n'a voyagé à l'extérieur du Canada, dans les 14 derniers jours. Si je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) voyage à l'extérieur du Canada après avoir signé la présente déclaration, je (ou mon enfant si le participant est mineur/ou la personne dont je suis le tuteur ou responsable légal) m'engage à ne pas me (se) présenter ou participer aux activités de (Nom de la Fédération) (ou de (nom du Club/de la Ligue) durant au moins 14 jours après la date de retour de voyage. Le présent document demeurera en vigueur jusqu'à ce que (Nom de la Fédération) reçoive les directives des autorités gouvernementales provinciales et de la Santé publique du Québec, à l'effet que les engagements contenus à la présente déclaration ne sont plus nécessaires. **By signing this document: 1)** I recognize the highly contagious nature of COVID-19 and I voluntarily assume the risk that I (or my child, if the participant is a minor / or the person for whom I am the guardian or legal guardian) may be exposed or infected by COVID-19 by my (his) participation in the activities of (Name of Federation) or of (Name of Club / League). Exposure or infection to COVID-19 can lead to injury, illness or other ailments, among other things. **2)** I declare that my participation (or that of my child, if the participant is a minor / or the person for whom I am the guardian or legal guardian) in the activities of (Name of the Federation) or of (name of the Club / of the League) is voluntary. **3)** I declare that neither I (or my child, if the participant is a minor / or the person for whom I am the guardian or legal guardian), nor anyone living under my roof, has shown cold or flu symptoms (including fever, cough, sore throat, respiratory disease or difficulty breathing) within the last 14 days. **4)** If I (or my child, if the participant is a minor / or the person for whom I am the guardian or legal guardian), experiences cold or flu symptoms after signing this declaration, I (or my child if the participant is a minor / or the person for whom I am the guardian or legal guardian) agrees not to introduce myself or participate in the activities of (Name of the Federation) (or name of the Club / League) for at least 14 days after the last onset of cold or flu symptoms. **5)** I declare that neither I (or my child, if the participant is a minor / or the person for whom I am the guardian or legal guardian), nor anyone living under my roof, has traveled outside of Canada, in the last 14 days. If I (or my child if the participant is a minor / or the person for whom I am the guardian or legal guardian) travels outside Canada after signing this declaration, I (or my child if the participant is a minor / or the person for whom I am the guardian or legal representative) undertakes not to introduce myself or participate in the activities of (Name of the Federation) (or of (name of the Club / League) for at least 14 days after the return date of travel. This document will remain in effect until (Name of the Federation) receives the directives from the provincial government authorities and from Quebec Public Health, to the effect that the commitments contained in this declaration are no longer necessary.

J'AI SIGNÉ LA PRÉSENTE DÉCLARATION LIBREMENT ET EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE / I HAVE SIGNED THIS DECLARATION FREELY & KNOWLEDABLE OF THE CAUSES.

Nom du participant, lettres moulées / <i>Print Participant's name</i>	Signature du participant / <i>Participants Signature</i>
Nom du parent, lettres moulées / <i>Print name of parent, guardian or legal guardian:</i>	Signature du parent / <i>Signature of parent</i>
Date :	