



## QUESTIONNAIRE - COVID 19

- |           |  |
|-----------|--|
| OUI – NON | 1. Avez-vous de la fièvre > 38° C  |
| OUI – NON | 2. Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux au cours de ces derniers jours ?                         |
| OUI – NON | 3. Avez-vous une difficulté à respirer ces derniers jours ?  |
| OUI – NON | 4. Avez-vous une douleur dans la poitrine ces derniers jours ?   |
| OUI – NON | 5. Avez-vous des maux de tête ces derniers jours ?   |
| OUI – NON | 6. Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat au cours de ces derniers jours ?         |
| OUI – NON | 7. Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ?  |
| OUI – NON | 8. Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ?                      |
| OUI – NON | 9. Avez-vous des éruptions cutanées ou des engelures ces derniers jours ?  |
| OUI – NON | 10. Avez-vous de la diarrhée ces dernières 24h ?   |
| OUI – NON | 11. Avez-vous un fatigue inhabituelle ces derniers jours ? Si OUI (répondre à la question ci-dessous)            |
| OUI – NON | 12. Cette fatigue vous oblige-t-elle à vous reposer plus de la moitié de la journée ?                            |
| OUI – NON | 13. Etes-vous dans l'impossibilité de vous alimenter ou de boire depuis 24h ou plus ?                            |
| OUI – NON | 14. Avez-vous consulté un médecin pour des symptômes se rapportant à la maladie COVID-19 depuis 10 jours ?       |
| OUI – NON | 15. Avez-vous eu un test positif PCR ou antigénique rapide positif pour la maladie du COVID-19 depuis 10 jours ? |

**VOUS ÊTES INVITÉ À NE PAS VOUS RENDRE SUR L'HIPPODROME ET, LE CAS ÉCHÉANT VOUS ISOLER ET CONSULTER UN MÉDECIN SI : Vous avez la maladie Covid-19 ou si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus.**

Je, soussigné, M – Mme .....

- reconnais avoir pris connaissance et rempli le questionnaire COVID – 19 réalisé par France Galop ;
- m'engage à informer le Service Médical de France Galop (par mail [santejockeys@france-galop.com](mailto:santejockeys@france-galop.com) ou par téléphone : 01.49.10.23.08/22.18) dans l'hypothèse où je suis atteint ou pense être atteint d'un ou plusieurs symptômes afin qu'il puisse prendre les mesures qui s'imposent ;
- m'engage à respecter les gestes barrières durant la totalité du temps passé dans l'enceinte de l'hippodrome.

Fait à.....le.....Signature :

Vos données personnelles sont collectées par la société des courses organisatrice aux fins de tenir compte de votre élargement quant au respect des mesures prévues et en particulier les mesures sanitaires. Ce traitement est mis en œuvre dans l'intérêt légitime de l'organisateur de la réunion de courses afin de faciliter la collecte à l'arrivée sur l'hippodrome et ainsi transmettre en cas de besoin au médecin conseil de France Galop. Les destinataires susceptibles d'avoir accès à ces données seront uniquement le Médecin conseil de France Galop ou les personnes concernées. Les données seront conservées pour une durée de 12 mois. Conformément au règlement 2016/679/UE et aux dispositions légales applicables, vous disposez de droits sur les données vous concernant (droit d'accès de rectification d'effacement, d'opposition et de limitation) que vous pouvez exercer dans les conditions de la réglementation précitée directement auprès de France Galop à l'adresse suivante : Service médical France Galop 46 place Abel Gance 92655 BOULOGNE-BILLANCOURT. Vous pouvez également exercer votre recours auprès de la Commission nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) directement sur le site Internet : [cnil.fr](http://cnil.fr)