

ATTESTATION A REMPLIR DANS LE CADRE DES FORMATIONS

Par la présente, je m'engage à respecter l'intégralité du protocole mis en place par l'**Association Nationale des Premiers Secours (ANPS)** dans le cadre des formations de secourisme organisées par sa représentation départementale **UDPS** _____.

Pendant ma formation, j'accepte de respecter les mesures sanitaires mises en œuvre au sein de l'**UDPS** _____ ci-dessous répertoriées :

**Port du masque - Lavage des mains régulier avec solution hydroalcoolique - Prise de température
Respect strict des horaires de formation - Distance physique d'au moins 1 m entre les participants**

J'atteste :

- Avoir sincèrement rempli l'auto-questionnaire et pour chacune de ses questions, numérotée de 1 à 12, avoir répondu : **NON** ;
- Je m'engage à informer sans délai, l'**UDPS** _____ en cas de diagnostic ou de suspicion d'une atteinte par le COVID-19 dans les 8 jours ;

Vous devez apporter réponse à chacune des questions numérotées de 1 à 12, en entourant chaque réponse. En cas de questions ou de difficultés, veuillez-vous adresser au formateur.

1	Avez-vous été atteint du COVID-19 dans les 15 derniers jours ?	OUI	NON
Présentez-vous ce jour ou avez-vous présenté dans les 48 heures précédentes un des signes suivants ?			
2	De la fièvre (température égale ou supérieure à 37,8° C) ?	OUI	NON
3	Des courbatures ?	OUI	NON
4	De la toux ?	OUI	NON
5	Des signes ORL : rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée) ?	OUI	NON
6	Une perte de l'odorat sans nez bouché ou une perte du goût des aliments (distincte de la perte d'appétit) ?	OUI	NON
7	Des maux de tête inhabituels ?	OUI	NON
8	Des troubles digestifs (nausée, vomissement, diarrhée) ?	OUI	NON
9	Une fatigue inhabituelle ?	OUI	NON
10	D'autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexplicables ?	OUI	NON
11	Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du COVID-19 ?	OUI	NON
12	Avez-vous été en contact avec une personne qui présentait l'un des signes mentionnés dans les questions 1 à 10 ?	OUI	NON

Je consens, par la présente signature, à la conservation de cette attestation par l'**UDPS** _____.

Fait à _____, le ____ / ____ / 20____.
Nom, Prénom, Signature, précédée de la mention « Lu et approuvée ».