



الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



Photo  
3,5 x 3,5

**DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES  
D'INFECTION PAR LA COVID-19  
SAISON SPORTIVE: 2021 - 2022**

Par la présente je soussigné(e),

Mme/Mr : .....

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Fils (le) de : ..... et de : .....

Né (e) le : ..... à : ..... Wilaya de : .....

ligue de : .....

Demeurant : .....

.....

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, ces dernières 72 heures, aucun des symptômes suivants :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous de la fièvre supérieure à 38° ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ?      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des difficultés à respirer ces derniers jours ?                                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous noté une forte diminution de votre gout ou de votre odorat ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des éruptions cutanées ou engelures ces derniers jours ?                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous de la diarrhée ou vomissements ces derniers 24 heures ?                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ?                                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou lors d'un petiteffort ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été en contact d'un suspect ou confirmé de COVID-19 depuis février 2020 ?       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous consulté pour des signes en faveur de COVID-19 depuis février 2020 ?            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous fait une radiographie ou scanner thoracique depuis février 2020 ?               | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été hospitalisé pour suspicion ou une maladie COVID-19 depuis février 2020 ?    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques POSITIFS de la maladie COVID-19 ?              | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

**L'arbitre devra absolument consulter le médecin avant la signature de la licence s'il :**

- a eu la COVID-19
- a été en contact avec un malade COVID-19
- a eu une maladie chronique et n'a pas fait du sport depuis plus de trois mois
- a répondu OUI à une des questions ci-dessus

Je certifie avoir pris connaissance des risques de contamination par le coronavirus, et je m'engage à respecter des gestes barrières, d'hygiènes et de sécurité, et je confirme l'exactitude des informations contenues dans la déclaration sur l'honneur sus-citées.

Signature de l'arbitre

Fait à : .....

Le : ..... à : ..... h ..... mn