



FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'UN OU PLUSIEURS CAS COVID AUPRÈS DE LA COMMISSION SPORTIVE POUR LES COMPÉTITIONS AMATEURS

DOCUMENT À ADRESSER À LA COMMISSION SPORTIVE GESTIONNAIRE DE LA COMPÉTITION

Je soussigné _____ Tél. Mobile _____

Président(e) du club de _____

Numéro du club : _____

Nombre de cas positif déclarant avoir eu des symptômes : _____

Date du test ou des tests RT/PCR pour les joueurs avec symptôme : _____

Nombre de cas positif déclarant n'avoir eu aucun symptôme : _____

Date du test ou des tests RT/PCR pour les joueurs sans symptôme : _____

Nombre de cas positif au statut inconnu (symptomatique ou asymptomatique) : _____

Date du ou des tests RT/PCR pour les joueurs n'ayant pas donné de réponse : _____

Nombre de cas contact avérés identifiés par la CPAM a usage de l'équipe concernée : _____

Date du dernier entraînement ou match du joueur positif : _____

Ces licencié(e)s appartiennent à l'équipe qui évolue en Championnat * :

National / Régional / Territorial / Départemental (* Rayer les mentions inutiles)

Dans la catégorie : _____

De sexe * : Masculin / Féminin (* Rayer la mention inutile)

Niveau de jeu : _____ N° de poule : _____

Les résultats des tests RT / PCR ont été transmis ou seront transmis le _____ à la Commission médicale gestionnaire de la compétition sur niveau national adresse mail : covid.medical@ffhandball.net

Niveaux régional et départemental adresse mail : 7chiffresdelaligue.covid.medical@ffhandball.net (par exemple pour la ligue IDF : 5800000.covid.medical@ffhandball.net)

Document réalisé à _____, le _____

Signature du déclarant

AVIS COMMISSION MÉDICALE :

DÉCISION COC :