CIRCUIT TRAINING
CAM BOULAY

Ouvert uniquement aux majeurs

Covid 19 – jusqu'au 31 août

Deux documents obligatoires

à chaque séance de circuit training :

- 1 / Annexe au règlement intérieur (Covid 19 – jusqu'au 31 août)
- 2/ Un auto-questionnaire de non contagion).

Responsables :
Bretnacher Nicolas : 06/79/81/45/84 bretnachernicolas@gmail.com
Zweifel Stéphanie : 06/79/75/81/27 stephaniezweifel@orange.fr

Lieu:
DOJO ou TERRAIN VERT
Boulay Moselle

Annexe au règlement intérieur

Covid 19 – jusqu'au 31 août

1/ A SIGNER ET A PRESENTER PAR L'ADHERENT LORS DE CHAQUE SEANCE

Les règles sanitaires légales étant scrupuleusement respectées par le C.A.M. Boulay,

Je, soussigné(e), NOM : ……PRENOM : …….
Date de naissance…….
Décharge le C.A.M. de Boulay et leurs animateurs (trices), de toute responsabilité concernant une éventuellement contamination de maladie.

Je m'engage à :

- Ne pas modifier les horaires des séances auxquelles je suis inscrit(e)
- Ne pas m'approcher à 2 mètres d'une autre personne sans masque : espace de 4 m2
- Ne prendre que du matériel venant de mon domicile : tapis, serviette, bouteille d'eau
- Ne pas utiliser les toilettes et les vestiaires
- Ne pas utiliser le matériel de la salle (Sauf matériel donné par les « coachs »)
- **Ne pas venir accompagné de mes enfants**

Je m'engage à :

- Respecter le nombre de **8 adhérents** par cours et à **signer la feuille de présence**
- Prévenir de mon absence au plus tôt et Respecter les horaires
- Me présenter avec ce règlement signé ainsi que l'auto évaluation covid 19
- Me présenter ¼ d'heure avant l'heure
- **Ramener et utiliser du gel ou solution hydro alcoolique avant et après chaque cours**
- Me présenter déjà habillé (e)en tenue de sport et avec un masque (à enlever lors de la séance)
- Enlever mes chaussures à l'entrée de la salle (Cours au dojo) et utiliser le sens de circulation
- Ne pas se regrouper sur le parking

Je m'engage à ne pas me présenter, si j'ai un doute concernant mon état de santé :
Fièvre, toux, maux de ventre, problème respiratoire….

Je partage mon sourire et ma bonne humeur avec tous !

vitafédé
Ça bouge à l'EPOV !

Date et signature :

AUTO-QUESTIONNAIRE COvid-19

(1 feuille par adhérent)

2/ A SIGNER ET A PRESENTER PAR L'ADHERENT LORS DE CHAQUE SEANCE

DATE : _____ / _____ 2020

NOM
PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE

Adresse du domicile: ……

Commune : …… Code Postal: _____

Téléphone :……

Recherche de signes évocateurs d'une contagiosité COVID

Aujourd'hui ou pendant les 2 dernières semaines, avez-vous présenté:

	OUI	**NON**
de la fièvre avec fatigue, toux, courbatures		
de la fièvre avec un essoufflement		
le nez qui coule ou mal à la gorge		
une ou des diarrhées		
une perte de l'odorat et du goût		

La présence d'un de ces symptômes sur vous, vous rendra impossible la pratique du cours.

Date : _____ / _____ 2020 Signature