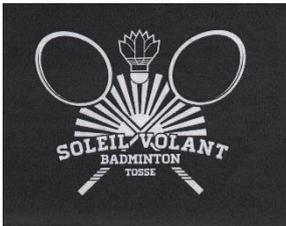




COBALANDES

Comité de Badminton des Landes

Charte sanitaire de reprise



Engagement des pratiquants adhérents

Acceptation du protocole au 1/09/2020 et décharge de responsabilité

L'adhérent d'un club landais reconnaît que malgré la mise en œuvre des moyens de protection, l'association ne peut garantir une protection totale contre une exposition et/ou une contamination par la Covid-19.

Je reconnais avoir reçu et compris les règles d'accès et les règles de pratiques liées à la pandémie de COVID-19 (cf. protocole sanitaire fédéral et communal) et m'engage à les respecter dans leur intégralité sans exceptions et je m'engage notamment à :

1. Adopter les gestes barrières

- Je me lave très régulièrement les mains (savon et essuie-tout disponible dans les WC)
- Je tousse ou j'éternue dans mon coude ou dans un mouchoir
- J'utilise un mouchoir à usage unique et je le jette après utilisation dans une poubelle
- Je salue sans serrer la main ni embrasser (à respecter au moins dans l'enceinte des Gymnases svp !)
- Je porte le masque en dehors des phases de jeu, donc en dehors du terrain, dès mon arrivée dans l'enceinte de la salle.

2. Respecter la consigne de distanciation (1m minimum en dehors du court)

- Je m'engage à ne pas venir sur le site en cas de symptômes tels que de la toux, de la fièvre, des difficultés de respiration, des maux de tête et/ou de gorge, des courbatures, une grande fatigue, une perte de l'odorat et/ou du goût, une diarrhée.
- Je m'engage à ne pas venir pratiquer si j'ai été malade ou en contact étroit avec un cas COVID-19 confirmé durant les 15 derniers jours.

3. Respecter scrupuleusement le protocole de reprise mis en place par la FFBaD

- Je remplace les gestes de convivialité (serrage de mains ou « check ») par un geste avec la raquette par exemple.
- Je m'engage à quitter les lieux sur injonction du responsable de la séance, et à accepter une sanction d'interdiction de pratiquer en cas de non-respect du protocole établi.

Nous vous rappelons qu'en cas de symptômes, vous devez appeler votre médecin traitant ou le 15, rester chez vous et vous isoler.

Fait à : |

| Le : |...../...../2020

NOM et Prénom : |

Signature : |

** Si mineur, merci de bien vouloir faire signer le représentant légal.*