ANEXO I – FORMULÁRIO DE SINTOMAS COVID

Atleta / Comissão Técnica / Arbitragem / Dirigentes

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Clube |  |
| Função: |  |
| Celular: |  | Email: |  |

Você apresenta tosse ou falta de ar? ( ) Não ( ) SIM

Você Apresenta distúrbios gustativos (ageusia) e olfativos (anosmia)? ( ) Não ( ) SIM

Você apresenta febre, considera-se febre aquela acima de 37,8°? ( ) Não ( ) SIM

Você esteve perto de alguém exibindo estes sintomas nos últimos 14 dias? ( ) Não ( ) SIM

Você mora com alguém doente ou em quarentena? ( ) Não ( ) SIM

Você é do grupo de risco? ( ) Não ( ) SIM

Se apenas uma das questões for respondida com **"SIM"**, é recomendado que o indivíduo não venha ao treino ou jogo e recomendamos o auxílio de um médico, se cabível.

Declaro para os devidos fins legais, que me encontro apto e em perfeitas condições de saúde física e mental, atestado pelo meu médico particular; que estou de acordo com os cuidados e normativo de minha modalidade e que sou corresponsável pela minha segurança e a dos outros.

Data :\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /

Assinatura

Quando menor assinatura do responsável maior de idade