

## ANEXO I – FORMULÁRIO DE SINTOMAS COVID

Nome: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clube: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Você apresenta tosse ou falta de ar?

( ) Não ( ) SIM

Você apresenta febre, considera-se febre aquela acima de 37,8°C ?

( ) Não ( ) SIM

Você esteve perto de alguém exibindo estes sintomas nos últimos 14 dias?

( ) Não ( ) SIM

Você mora com alguém doente ou em quarentena, causadas pela Covid-19?

( ) Não ( ) SIM

Você é do grupo de risco?

( ) Não ( ) SIM

Você já foi diagnosticado com Covid-19?

( ) Não ( ) SIM – Se sim, em qual data? \_\_\_\_\_

Você já foi VACINADO?

( ) Não ( ) SIM – Se sim, quantas doses tomou? \_\_\_\_\_

Com exceção às duas últimas perguntas, se apenas uma das questões for respondida com "SIM", é recomendado que a pessoa não compareça aos treinos e ou competições, 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

