



ANEXO I – FORMULÁRIO DE SINTOMAS COVID

Nome: _____

EQUIPE _____

Celular: (____) _____

1. Você apresenta tosse ou falta de ar? () Não () SIM
2. Você apresenta febre, considera-se febre aquela acima de 37,8°C ? () Não () SIM
3. Você esteve perto de alguém exibindo sintomas nos últimos 14 dias? () Não () SIM
4. Você mora com alguém doente ou em quarentena, por Covid-19? () Não () SIM
5. Você já foi diagnosticado com Covid-19? () Não () SIM – Se sim, em qual data? _____
6. 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 : ____/____/____

EVENTO –TORNEIO REINICIO 11/12/2021