# **ANEXO I – FORMULÁRIO DE SINTOMAS COVID**

Nome:

Clube/Liga:

Função:

Celular: E-Mail:

Você apresenta tosse ou falta de ar?

( ) Não ( ) SIM

Você apresenta febre, considera-se febre aquela acima de **37,4ºC** ?

( ) 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