



Formulário de Saúde para Participantes

Campeonatos Nacionais e Estaduais de Remo

O preenchimento deste formulário é obrigatório para todos os participantes de campeonatos nacionais e estaduais de remo durante o período de vigência do Protocolo de Retomada de Atividades da CBR referente a COVID-19.

Nome:	
Celular:	
E-mail:	
Grupo:	<input type="checkbox"/> Membro da organização do evento <input type="checkbox"/> Membro de Clube (indicar): <input type="checkbox"/> Outro (indicar):
Cidade/Estado de Origem:	
Endereço durante o evento: (se diferente do resto da equipe)	

NOS ÚLTIMOS 14 DIAS, VOCÊ:	
Testou positivo para a COVID-19?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Teve contato com alguém infectado com COVID-19?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Trabalhou, estudou, treinou ou esteve em um ambiente com a presença de alguém infectado com COVID-19?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Voltou de uma viagem para o exterior?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Teve algum destes sintomas: febre, tosse, problemas respiratórios, dificuldade de respirar, dor de garganta, perda de paladar ou olfato?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

- Eu confirmo que irei seguir as recomendações do Protocolo de Retomada de Atividades da CBR e as regras estipuladas pelos órgãos de saúde da cidade de realização do evento;
- Eu entendo que estas regras servem para diminuir o contágio e que os organizadores do evento não podem ser responsabilizados no caso de uma infecção;
- Eu aceito que os organizadores do evento guardem minhas informações e compartilhem com os órgãos públicos de saúde caso solicitado.

DATA: **ASSINATURA:**

