

TERMO DE RESPONSABILIDADE

NOME ACAMPANTE: _____

PERÍODO DO EVENTO: _____

Declaro para os devidos fins que eu _____, RG _____, (responsável legal pelo(a) menor acima citado(a)), me comprometo a aferir a temperatura nos 3 dias que antecedem a viagem ao H10 HAND CAMP. Caso apresente um ou mais dos seguinte sintomas (**perda de paladar e/ou olfato, dor de cabeça constante, indisposição, dores no corpo, coriza, tosse e falta de ar**), me comprometo a não embarcar para a viagem. Estou ciente que o não cumprimento dessas medidas coloca em risco a minha saúde pessoal e dos demais participantes do evento. Também concordo que, caso durante o evento apresente qualquer sintoma suspeito da COVID-19, autorizo a coordenação do H10 HAND CAMP a providenciar o isolamento do hóspede em questão até o diagnóstico definitivo e/ou retorno ao local de origem do acampante.

• Perguntas sobre o(a) acampante:

1. Apresentou contato nos últimos 15 dias com alguém infectado pelo COVID-19? () SIM () NÃO

2. Alguém da família teve contato, ou apresentou sintomas do COVID-19? () SIM () NÃO

Se SIM, quem e quando? _____

3. Apresenta alguma doença crônica ou pré existente, ou é do grupo de risco? () SIM () NÃO

(Diabetes, hipertensão, asma, outros).

Se SIM, qual? _____

4. Realizou exame de PCR ou Antígeno? () SIM () NÃO Data ____ / ____ / ____

Se fez, qual o resultado? () Positivo () Negativo

5. Realizou a imunização vacinal contra a COVID-19? () SIM () NÃO

Se SIM, informar a data da primeira e segunda doses. 1ª DOSE ____ / ____ / ____ 2ª DOSE ____ / ____ / ____

Declaro para os devidos fins, que as informações prestadas acima são verdadeiras. Assim sendo assumo total responsabilidade sobre todos os efeitos e eventuais danos causados por declarações não verídicas.

_____, ____ de _____ de _____.

(assinatura do responsável)