

## 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 VÔLEI 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 ou H1N1, autorizo a coordenação do H10 VÔLEI CAMP a providenciar o isolamento da(o) acampante 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 10 dias com alguém com COVID-19 ou H1N1? ( ) SIM ( ) NÃO

2. Alguém da família teve contato, ou apresentou sintomas do COVID-19 ou H1N1? ( ) 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. Em caso de contato com alguém positivo e/ou teve sintomas, 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)