

Formulario de Declaración de Honor

Federación Nacional: _____

Club (opcional): _____

Nombre y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Ha notado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?

- Temperatura corporal superior a 37,5 ° C: SÍ NO
- Tos seca: SÍ NO
- Dolor de garganta: SÍ NO
- Dificultad para respirar: SÍ NO
- Vómitos y / o diarrea: SÍ NO
- Aparición repentina de dolor articular y / o muscular: SÍ NO
- Fatiga sin causa conocida: SÍ NO
- Problemas en el gusto y / o el olfato: SÍ NO

¿Ha estado en los últimos 14 días en contacto cercano con alguien con infección por Covid19 declarada?

- SÍ NO

Entiendo que la participación solo es posible en caso de que todas las preguntas anteriores se respondan con "NO".

He respondido a todas las preguntas con sinceridad y entiendo que cualquier infracción de estas pautas estará sujeta a medidas disciplinarias, incluso me podría enfrentar a consecuencias legales.

DECLARO que en todo momento cumpliré las instrucciones que me dé el Comité Organizador Local o cualquier oficial de la EJU u otro funcionario/oficial de Salud Pública en relación con la prevención de enfermedades. Entiendo que las restricciones pueden cambiarse debido a la necesidad o para observar/cumplir las leyes locales sobre salud pública y, en caso de que dicho cambio de restricciones afecte a mi participación, renuncio a todos los derechos por daños u otra compensación.

Firma:

Nombre del firmante:

Fecha:

Gerente del equipo Covid-19

Atleta / padre*/madre *

* Padre/Madre que da su consentimiento: padre, madre, cuidador, persona autorizada para firmar un consentimiento en nombre del menor nacido en 2003, 2004, 2005.