

## 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 2004, 2005, 2006.