**Anexo I**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE SAÚDE**

1. Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Clube/Academia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Pais ou responsáveis\* (para menores de 18 anos): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Competição/Evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Atesto que as seguintes declarações são verdadeiras (marque com X as opções verdadeiras)

1. ( ) Não apresentei os sintomas de temperatura corporal acima de 37,5 ° C, tosse, dor de garganta, dor muscular ou articular de início não relacionada ao treinamento, dor de cabeça, falta de ar, náusea ou vômito, diarreia, perda de paladar ou olfato, secreção nasal/espirros, fadiga de início recente sem causa conhecida nos últimos 14 dias
2. ( ) Completei a quarentena por 14 dias, de acordo com as diretrizes de retorno seguro da CBTKD e com as diretrizes de retorno a competição para prevenção do COVID19, para participar desta competição
3. ( ) Nas últimas 4 semanas, não há ninguém em minha casa ou minha equipe que tenha tido contato com alguém com possível ou confirmada infecção por Covid-19.
4. ( ) Não há ninguém na minha casa que tenha sintomas sugerindo infecção por Covid-19.
5. ( ) Eu discuti sobre esta competição com meu treinador e médico da equipe (e/ou responsáveis) que me liberaram para participar desta competição.

7. Reconheço que devo consultar o médico da equipe e/ou o médico local o mais rápido possível para obter aconselhamento e instruções para Covid-19 e tratamento de quaisquer sinais ou sintomas sugerindo infecção ou diagnóstico confirmado de Covid-19 antes de retornar a qualquer treinamento ou competição.

( ) Sim, estou ciente

( ) Não, não concordo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do atleta ou responsável legal.