# TERMO DE RESPONSABILIDADE DE RISCO E SAÚDE

1. Nome:
2. Clube/Academia:
3. Pais ou responsáveis\* (para menores de 18 anos):
4. Fez o teste para Covid-19?
5. Competição/Evento: Super Campeonato Brasileiro de Taekwondo, 22 e 26/06/2022.
6. Atesto que as seguintes declarações são verdadeiras (marque com X as opções verdadeiras): ( ) 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, fadiga de início recente sem causa conhecida nos últimos 14 dias.

( ) 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.

( ) 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.

( ) Não há ninguém na minha casa que tenha sintomas sugerindo infecção por Covid-19.

( ) Eu discuti sobre esta competição com meu treinador e médico da equipe (e/ou responsáveis) que me liberaram para participar desta competição.

1. 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

1. Estou ciente dos riscos aos quais me coloco ao participar livre e espontaneamente do evento isentando a CBTKD e seus representantes legais de quaisquer responsabilidades.

Assinatura:

Nome (atleta ou responsável legal):

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_