

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 CUP. 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 HAND 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)

FICHA DE SAÚDE E MEDICAÇÕES



NOME ACAMPANTE: _____

IDADE: _____ NOME RESP. _____ CEL RESP: _____

TIPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH: _____

CONVÊNIO MÉDICO: _____ PLANO: _____

HOSPITAL CONVENIADO MAIS PRÓXIMO: _____

ESTÁ EM TRATAMENTO? () SIM () NÃO. Em caso positivo especifique:

TOMA MEDICAÇÃO DIÁRIA? () SIM () NÃO - Obs: Identificar abaixo medicações comumente usadas em caso de necessidade.

MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO	EM USO	SE NECESSÁRIO
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()
			()	()

Está levando algum tipo de medicação na mala, além da já descrita? () SIM () NÃO

Em caso positivo, qual? _____

Data: ____/____/____ Ass. Responsável: _____

Favor anexar outras orientações caso necessário. Levar na mala carteirinha do convênio.

TERMO DE USO DE IMAGEM E SOM



Eu, _____ (nome do pai, mãe ou responsável legal), portador do RG nº _____ na condição de responsável legal do(a) menor _____, nascido(a) em ____/____/____ com documento de identificação tipo _____, número _____, autorizo a H10 ESCOLA DE ESPORTES LTDA, organizadora do H10 VÔLEI CUP, a fazer uso gratuitamente do nome, imagem e som do(a) atleta em mídias, sites ou materiais publicitários do H10 VÔLEI CUP, desde que não exponha o aluno a situações imorais e/ou constrangedoras.

Por ser verdade, firmo o presente.

_____, ____ de _____ de _____.

(assinatura do responsável)