

PAR-Q Covid 19

Dados do Atleta

Nome completo: _____

Data de nascimento: __/__/____

Município de residência: _____ Estado: _____

Sexo: () Fem () Masc

Celular: () _____ E-mail: _____

Relata algum dos sintomas abaixo?

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| Febre | () Sim () Não |
| Tosse | () Sim () Não |
| Dor de garganta | () Sim () Não |
| Dificuldade de respirar | () Sim () Não |
| Diarreia | () Sim () Não |
| Náuseas/vômitos | () Sim () Não |
| Cefaleia (dor de cabeça) | () Sim () Não |
| Coriza | () Sim () Não |
| Irritabilidade/confusão | () Sim () Não |
| Adinamia (fraqueza) | () Sim () Não |

Teve contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de COVID-19 nos últimos 14 dias? () Sim () Não () Não sabe

Declaro que:

- Li e estou plenamente de acordo com o Regulamento da Corrida do Aço 2020, assim como concordo em cumprir o protocolo de saúde em prevenção ao Covid-19, disponíveis no site www.circuitodoaco.com.br, declinando, expressamente, que todas as normas e regras constantes são pautadas pelo equilíbrio e bom senso, e não posso, assim, alegar futuramente não concordar com as mesmas.

Volta Redonda 12/12/2020

Assinatura