

DECLARACIÓ RESPONSABLE DE SALUT RESPECTE LA COVID19

NOM:

DNI:

NOM REPRESENTANT LEGAL (menors):

DNI REPRESENTANT LEGAL (menors):

CONTACTE (telèfon mòbil o correu electrònic):

Declaro responsablement:

1. Que durant els darrers 14 dies i en aquest moment:
 - a) No presento cap simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
 - b) No he estat positiu/iva de Covid-19 ni he conviscut amb persones que siguin o hagin estat positives.
 - c) No he estat en contacte estret amb cap persona que hagi donat positiu de Covid-19 ni que hagi tingut simptomatologia compatible amb aquesta malaltia.
2. Que procuraré tenir el calendari vacunal actualitzat.
3. Que, en el cas de tenir febre o presentar algun dels símptomes compatibles amb la Covid-19, m'abstindré d'accedir a la instal·lació esportiva i no participaré en cap activitat esportiva que s'hi pugui desenvolupar. Així mateix, informaré del meu estat als responsables de la mateixa instal·lació.
4. Que he llegit els protocols de prevenció, higiene i seguretat disposats per l'entitat esportiva, i accepto complir responsablement en la seva totalitat les pautes que hi figuren. Accepto, igualment, que en cas d'incompliment d'alguna d'elles pugui ser exclòs/sa de l'activitat esportiva.
5. Que conec l'obligació d'informar als responsables de l'activitat esportiva de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el meu entorn familiar i de mantenir un contacte estret amb els mateixos responsables davant de qualsevol incidència.

I, perquè així consti, als efectes de poder accedir a la instal·lació i participar de les activitats esportives organitzades per l'entitat esportiva KLASSMARK - NO NATURE NO FUTURE, signo la present declaració de responsabilitat i consento explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració.

Signatura

_____, ____ de _____ de 2020