CLUB ATLETISME VILAFRANCA
www.cavilafranca.cat
info@cavilafranca.com

FORMULARI DECLARACIÓ DE RESPONSABILITAT COVID-19

DECLARACIÓ RESPONSABLE D'ACCEPTACIÓ DE CONDICIONS DE PARTICIPACIÓ, OBLIGACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT INFORMAT PER PARTICIPAR EN L'ACTIVITAT ESPORTIVA DEL CLUB ATLETISME VILAFRANCA

MAJORS D'EDAT

En/na .....amb DNI/NIE.....

Declaro sota la meva responsabilitat, la participació a l'activitat esportiva organitzada pel Club Atletisme Vilafranca, assumint que:

- Presento absència de simptomatologia compatible amb la COVID-19; febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea, o qualsevol altre quadre infecciós.
- No he estat en contacte amb cap positiu de la COVID-19 en els darrers 14 dies.
- Tinc el calendari vacunal al dia.

Tanmateix, em comprometo a:

- En cas de presentar algun dels símptomes compatibles amb la COVID-19 o resultar ser positiu, comunicar-ho a l'entitat esportiva i suspendre l'assistència a l'activitat fins que em sigui permès.
- No participar de l'activitat en cas que en el mateix grup d'entrenament es confirmi un positiu per COVID-19.

Signatura

....., ... de .....del 2020