



**Confederação
Brasileira de Judô**
Brazilian Judo
Confederation

Rua Capitão Salomão, 40 - Humaitá
Rio de Janeiro, RJ - CEP: 22271-040

(21) 2463-2692

cbj.com.br

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Nome: _____

Clube: _____

Estado: _____

Data de Nascimento: _____

CPF: _____

Nº	Você notou algum dos seguintes sintomas nos últimos 14 dias?	Sim	Não
1	Temperatura corporal acima de 37,5 ° C		
2	Tosse seca		
3	Dor de garganta		
4	Início repentino de falta de ar		
5	Início súbito de vômitos e / ou diarreia		
6	Início súbito de dor articular e / ou muscular		
7	Fadiga sem causa conhecida		
*	As seguintes afirmações são verdadeiras para você?	Sim	Não
8	No último mês, você ou alguém em sua casa encontrou com alguém que pudesse estar ou que estivesse infectada pela Covid-19 ou com qualquer pessoa que tenha tido contato próximo com tal pessoa?		
9	Alguém em sua casa está em quarentena por decisão própria ou porque foi oficialmente imposto?		
10	Você mora na mesma casa com uma pessoa exposta e frágil (> 70 anos, patologia cardíaca ou imunodeficiência de patologia pulmonar crônica)?		

Declaro também, por meio deste, em minha honra que se algum dos sintomas acima ocorrer, a qualquer momento durante a minha estadia ou viagem, informarei devida e imediatamente ao médico da Seleção Brasileira que estará presente no evento, que então informará à Gestão das Equipes de Alto Rendimento e/ou Transição da Confederação Brasileira de Judô.

Assinatura atleta

Assinatura Médico Clube

Data

Data