



TRIAGE RISCHIO COVID-19
SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO AL SITO DI ALLENAMENTO

Il/La sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta minorenni)

NOME e COGNOME _____

Genitore di

NOME e COGNOME _____

SPORT PRATICATO _____

Nato/a a _____ il _____

e residente in _____

Dichiaro che mio figlio/a

- ☐ non ha avuto diagnosi accertata di infezione da COVID-19.
- ☐ non ha avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID-19 (familiari, luoghi di lavoro ect).
- ☐ non ha avuto nelle ultime 2 settimane sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura superiore a 37.5, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).
- ☐ non ha in corso sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura superiore a 37.5, tosse, stanchezza, difficoltà respiratorie, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).

Luogo e Data _____

Firma Atleta se maggiorenne _____

Firma Genitore(se atleta minorenni) _____

***Il presente modulo deve essere consegnato al covid-manager (area triage) OGNI VOLTA che si accede al Centro Sportivo**