



FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL

Fundada em 24.04.1924

QUESTIONÁRIO DIÁRIO DE SINTOMAS E EXPOSIÇÃO AO CONTÁGIO DA COVID-19

As Portarias PREF 724, de 10 de julho de 2020, e 747, de 17 de julho de 2020, autorizam, respectivamente, o atendimento ao público do setor de academias de esporte e similares, e atividades presenciais práticas em centros de treinamentos esportivos de alto rendimento.

A Portaria SGM 185, de 08 de julho de 2020, prevê que o praticante de atividades esportivas responda, a cada sessão, a uma pesquisa em caráter informativo sobre os sintomas da COVID-19.

Este questionário permite a identificação e o encaminhamento apropriados, garantindo a segurança individual e coletiva. É importante ressaltar que o questionário é autodeclarado e, por isso, ao preenchê-lo você assume a responsabilidade pela veracidade das informações fornecidas.

Ao enviar o questionário respondido, estou ciente de que o praticante que não preencher o questionário será impedido de treinar e os treinos durante esse período são opcionais.

***Obrigatório**

Obs.: Em caso de atletas menores, o questionário deverá ser respondido pelo responsável legal.

Quem está respondendo a esse Questionário? (Nome completo) *

Telefone contato: * Endereço e-mail: *

Nome completo do atleta: *

Idade: *

Data de hoje: *

Está com dificuldades de respirar? * Sim () Não ()

Está apresentando cansaço anormal? * Sim () Não ()

Está apresentando febre ou sensação febril? * Sim () Não ()

Está apresentando tosse? * Sim () Não ()



FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL

Fundada em 24.04.1924

Está apresentando perda no paladar ou do olfato? * Sim () Não ()

Está apresentando dor no corpo importante ou que chame a atenção? * Sim () Não ()

Está apresentando dor de garganta? * Sim () Não ()

Está apresentando congestão nasal? * Sim () Não ()

Está apresentando diarreia? * Sim () Não ()

Está apresentando manchas vermelhas no corpo? * Sim () Não ()

Esteve perto de alguém apresentando algum desses sintomas nos últimos 14 dias? * Sim () Não ()

Mora com alguém doente ou em quarentena? * Sim () Não ()

Pertence ao grupo de risco? São considerados como grupo de risco, além daqueles a partir de 60 anos, os portadores de doenças pulmonares [Asma, Bronquite e Enfisema], doenças cardiovasculares [Hipertensão, Infarto prévio, Insuficiência Cardíaca e Miocardiopatias], diabetes, obesidade e imunodeficiências. * Sim () Não ()

Local _____ Data _____

Assinatura do Atleta



FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL

Fundada em 24.04.1924

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ATLETAS
TERMO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE, RISCOS E
CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM COMPETIÇÕES ADMINISTRADAS
PELA FPB EM RAZÃO DA PANDEMIA COVID-19

FILIADO/AGREMIÇÃO:

ATLETA:

RG : CPF

DATA DE NASC. cel/whats ()

EMAIL:

Tendo pleno e amplo conhecimento da atual situação que se encontra o estado de saúde pública por conta do COVID-19, me comprometo a cumprir o protocolo de retorno das atividades esportivas organizadas pela Federação Paulista de Basketball, assumo toda e qualquer responsabilidade por qualquer acometimento que possa ocorrer em razão da COVID-19, com plena ciência da exposição em situações de risco que possam ocorrer no campeonato em virtude do contato físico e a transmissão. Declaro ainda gozar de saúde para a participação do Campeonato Paulista de Basketball – 2020. Sem mais, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Local _____ Data _____

Assinatura do Atleta



FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL

Fundada em 24.04.1924

TERMO DE RESPOSNABILIDADE PARA ATLETAS MENORES DE IDADE TERMO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE, RISCOS E CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM COMPETIÇÕES ADMINISTRADAS PELA FPB EM RAZÃO DA PANDEMIA COVID-19

Eu, (MÃE/Responsável) _____, _____ (nacionalidade),
_____ (estado civil), _____ (profissão), portador do RG : _____,
CPF _____, cel/whats () _____ email: _____, e
(PAI/Responsável) _____,
(nacionalidade), _____ (estado civil), _____ (profissão), portador do RG :
_____, CPF _____, cel/whats () _____
email: _____, domiciliados a _____,
tendo pleno e amplo conhecimento da atual situação que se encontra o estado de saúde pública, por conta do
COVID-19, AUTORIZO(AMOS) o menor _____,
RG _____, CPF _____ Nascido em ____ / ____ / _____,
devidamente registrado na Federação Paulista de Basketball, pela equipe
_____, na categoria _____ a participar do CAMPEONATO
PAULISTA DE BASKETBALL – 2020, cientes dos riscos que a modalidade impõe em virtude do contato
físico permanente. Outro sim, me(nos) comprometo(emos) a orientar o menor a cumprir com o Protocolo de
Retorno das Atividades elaboradas pela Federação Paulista de Basketball. Sem mais, firmo(amos) o presente
em duas vias de igual teor.

Local _____, data _____

Assinatura do Pai/Responsável

Assinatura da Mãe/Responsável

Ciente (Atleta menor de idade)



FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL

Fundada em 24.04.1924

TERMO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE, RISCOS E CONSENTIMENTO PARA OFICIAIS DE ARBITRAGEM E DE ESTATÍSTICA, E COMISSÁRIOS PARTICIPAREM EM COMPETIÇÕES ADMINISTRADAS PELA FPB EM RAZÃO DA PANDEMIA COVID-19

FEDERAÇÃO PAULISTA DE BASKETBALL – FPB, entidade sem fins lucrativos, fomentadora da modalidade no Estado de São Paulo, cumprindo com as exigências formuladas pelo Centro de Contingência ao COVID – 19, protocolou junto a este órgão “**O PROTOCOLO DE COMPETIÇÕES DA MODALIDADE**” a qual obteve autorização para retomada dos campeonatos, com a devida **AUTORIZAÇÃO** do então senhor Secretário de Esportes do Estado de São Paulo, possibilitando assim a prestação de serviços de arbitragem desde que seguidos os protocolos sanitários, que tomam ciência:

NOME DO OFICIAL:

R.G.

CPF:

Data de Nascimento:

Pertencente a Grupo de Risco: Sim () Não ()

Concorda em participar em 2020: Sim () Não ()

Foi diagnosticado com COVID - 19 Sim () Não () Se sim quando?

Declaro ter ciência do protocolo de saúde e prevenção ao COVID-19, por ocasião de minha participação como oficial de arbitragem, nos eventos esportivos da Federação Paulista de Basketball, que o faz de livre e espontânea vontade, de forma apta e em plenas condições de saúde, sendo inteiramente responsável pela minha integridade física no que diz respeito ao COVID – 19, e para prática de esportes, isentando os organizadores, entidades patrocinadoras e demais membros envolvidos nos eventos esportivos, de toda e qualquer responsabilidade por acidentes que venham a ocorrer, causados por doenças crônicas e infectocontagiosas, dentro das atividades relacionadas a estes eventos.

Declaro ainda compreender que a modalidade esportiva em disputa é esporte que impõe contato físico e que por isso há risco de acidentes e contaminação pelo vírus COVID-19.

Por fim, declaro estar ciente de que, ocorrendo algum impedimento médico ou físico para minha participação, deverei levar tal fato ao conhecimento dos organizadores, me abstendo de participar dos eventos esportivos da entidade.

São Paulo, ____ de _____ de 2020

Assinatura do Participante