

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Jogo:

Data:

Local:

As informações aqui fornecidas podem ser utilizadas pelas autoridades de saúde pública, em conformidade com a legislação local, no contexto da resposta de saúde pública à COVID-19. O formulário deve ser preenchido por todos os espectadores com idade superior a 13 anos. Um formulário pode ser utilizado para um grupo com membros do mesmo agregado familiar.

Nome(s):

Endereço eletrónico:

Telemóvel:

Número(s) do lugar(es):

	Sim	Não
Tem (ou qualquer outra pessoa para quem está a preencher este formulário) actualmente sintomas, ou foi diagnosticado com a doença Covid-19 nos últimos 14 dias?		
Nos últimos 14 dias estive (ou qualquer outra pessoa para quem esteja a preencher este formulário) em contacto com alguém que esteja ou possa estar infectado com o Coronavírus (Covid-19)		
Nas últimas 24 horas, teve (ou qualquer outra pessoa para quem esteja a preencher este formulário) algum dos seguintes sintomas:	Sim	Não
Febre		
Tosse		
Corrimento nasal		
Dor de garganta		
Perda do olfacto ou do paladar		
Falta de ar		

Se você respondeu 'Sim' a qualquer uma das perguntas acima, você e os membros de sua família não serão admitidos no pavilhão.

Confirmando que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras, tanto quanto é do meu conhecimento.

Signed:

Dated: