



DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Termo de Responsabilidade - Pré-Viagem ao NR

NOME DO ACAMPANTE: _____

PERÍODO DO EVENTO: ____ / ____ / _____ a ____ / ____ / _____

TRADICIONAIS: Kids
 Teens
 Kids & Teens

TEMÁTICAS: NRB - Basketball Camp
 NRV - Voleiball Camp
 PSG - Academy Brasil
 NR Film Academy

Declaro para os devidos fins que eu _____
(nome do pai ou da mãe, ou ainda, do responsável legal)

RG nº _____, responsável pelo menor acima citado, me comprometo a aferir
(documento do pai ou da mãe, ou ainda, do responsável legal)

a temperatura nos 3 dias que antecedem a viagem ao NR. Caso apresente um ou mais dos seguintes sintomas (**perda de paladar e/ou olfato, dor de cabeça constante, indisposição, febre, dores no corpo, coriza, tosse, falta de ar**) ou qualquer doença contagiosa, me comprometo a não embarcá-lo para a viagem ao NR. Estou ciente que o não cumprimento dessas medidas coloca em risco a saúde pessoal do menor e dos demais participantes do evento. Também concordo que, caso durante o evento apresente qualquer sintoma suspeito da COVID-19, ou qualquer outra enfermidade infecto contagiosa autorizo o Departamento de Saúde e Bem-Estar do NR a providenciar o isolamento do participante em questão até o diagnóstico definitivo e/ou retorno ao local de origem do acampante. Em caso de necessidade de retorno, a responsabilidade da retirada do acampante correrá por conta deste responsável.

Perguntas sobre o acampante:

1. Apresentou contato nos últimos 15 dias com alguém sabidamente infectado pelo COVID-19?

Sim Não

2. Apresenta alguma doença crônica ou pré-existente, ou é do grupo de risco? Ex.: Diabetes, hipertensão, asma, outros.

Sim Não Se SIM, qual? _____

Declaro para devidos fins, que as informações prestadas acima são verdadeiras. Assim sendo assumo total responsabilidade sobre todos os efeitos e eventuais danos causados por declarações não verídicas.

_____, _____ de _____ de _____
(cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do Responsável Legal