



**FORMULARI DECLARACIÓ DE RESPONSABILITAT COVID-19**

**DECLARACIÓ RESPONSABLE D'ACCEPTACIÓ DE CONDICIONS DE PARTICIPACIÓ,  
OBLIGACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT INFORMAT  
PER PARTICIPAR EN L'ACTIVITAT ESPORTIVA DEL CLUB ATLETISME VILAFRANCA**

***MAJORS D'EDAT***

En/na .....amb DNI/NIE.....

Declaro sota la meva responsabilitat, la participació a l'activitat esportiva organitzada pel Club Atletisme Vilafranca, assumint que:

- Presento absència de simptomatologia compatible amb la COVID-19; febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea, o qualsevol altre quadre infecció.
- No he estat en contacte amb cap positiu de la COVID-19 en els darrers 14 dies.
- Tinc el calendari vacunal al dia.

Tanmateix, em comprometo a:

- En cas de presentar algun dels símptomes compatibles amb la COVID-19 o resultar ser positiu, comunicar-ho a l'entitat esportiva i suspendre l'assistència a l'activitat fins que em sigui permès.
- No participar de l'activitat en cas que en el mateix grup d'entrenament es confirmi un positiu per COVID-19.

***Signatura***

....., ..... de .....del 20..