



QUESTIONARIO SULLA SALUTE

| DATI | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|--|
| Nome Atleta | | Cognome Atleta | |
| Anno di nascita Atleta | | Numero tessera Atleta | |
| Nome Genitore | | Cognome Genitore | |

| DOMANDE | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| HAI AVUTO UNO DEI SEGUENTI SINTOMI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI: <ul style="list-style-type: none">Tosse, naso che cola, mal di gola, difficoltà respiratorie, perdita di gusto e di olfatto, febbre, dolore al petto, mal di testa, nausea /vomito, diarrea. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SEI STATO: <ul style="list-style-type: none">In contatto con qualcuno con una comprovata infezione da Covid – 19In quarantena negli ultimi 14 giorni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE _____