



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 se minorenne) _____