

Torneo:
Localidad:

Jugador:
Padre/madre/tutor (si procede):

Ficha sanitaria del jugador (marque la respuesta correcta con un círculo)

- Temperatura corporal: _____ °C (se toma y se anota en el control de entrada)
- ¿Ha sido contacto estrecho de algún paciente COVID+ en los últimos 10 días?: si / no
- Cansancio importante o dolores musculares: si / no
- Dificultad para respirar: si / no
- Dolor de cabeza: si / no
- Dolor de pecho: si / no
- Tos persistente: si / no
- Dolor de garganta: si / no
- Vómitos o diarrea: si / no
- Pérdida de olfato o gusto: si / no

Firma y DNI del jugador
(o padre/madre/tutor si procede):

Firma y DNI del responsable protocolo COVID:

Torneo:
Localidad:

Jugador:
Padre/madre/tutor (si procede):

Ficha sanitaria del jugador (marque la respuesta correcta con un círculo)

- Temperatura corporal: _____ °C (se toma y se anota en el control de entrada)
- ¿Ha sido contacto estrecho de algún paciente COVID+ en los últimos 10 días?: si / no
- Cansancio importante o dolores musculares: si / no
- Dificultad para respirar: si / no
- Dolor de cabeza: si / no
- Dolor de pecho: si / no
- Tos persistente: si / no
- Dolor de garganta: si / no
- Vómitos o diarrea: si / no
- Pérdida de olfato o gusto: si / no

Firma y DNI del jugador
(o padre/madre/tutor si procede):

Firma y DNI del responsable protocolo COVID:

Torneo:
Localidad:

Jugador:
Padre/madre/tutor (si procede):

Ficha sanitaria del jugador (marque la respuesta correcta con un círculo)

- Temperatura corporal: _____ °C (se toma y se anota en el control de entrada)
- ¿Ha sido contacto estrecho de algún paciente COVID+ en los últimos 10 días?: si / no
- Cansancio importante o dolores musculares: si / no
- Dificultad para respirar: si / no
- Dolor de cabeza: si / no
- Dolor de pecho: si / no
- Tos persistente: si / no
- Dolor de garganta: si / no
- Vómitos o diarrea: si / no
- Pérdida de olfato o gusto: si / no

Firma y DNI del jugador
(o padre/madre/tutor si procede):

Firma y DNI del responsable protocolo COVID: