



CERTIFICAT DEL RESPONSABLE DE L'ACTIVITAT/EQUIP

En/na _____, major d'edat i amb DNI _____, amb el número de telèfon _____, i domicili a _____ i actuant en condició de responsable del següent equip: _____.

Compareixo i com millor procedeixi,

CERTIFICO

- I Que cap participant presenta la simptomatologia compatible amb el Coronavirus SARS-CoV-2 (febre superior o igual a 37 graus, tos, malestar general, sensació de falta d'aire, pèrdua del gust, mal de cap, fatiga, mal de coll, dolor muscular, vòmits i diarrea) o amb qualsevol altre quadre de tipus d'infecció.
- II Que cap participant ha estat positiu ni ha estat en contacte proper amb alguna persona o persones amb simptomatologia probable o confirmada per infecció de COVID-19 en els 14 dies immediatament anteriors al de la signatura d'aquest document.
- III Que s'ha garantit documentalment i posat en disposició de tots els participants de l'activitat física els protocols de seguretat i mesures informatives i de prevenció d'higiene i seguretat de la COVID-19 i que s'ha informat de l'exclusió de l'activitat i/o instal·lació esportiva del participants que incompleixin aquestes.
- IV Que l'organitzador de l'activitat ha registrat a tots els participants d'aquesta (annex 1) per tal de tenir la traçabilitat en cas que algú informi als responsables de l'aparició de qualsevol presumpte o cas confirmat de la COVID-19.
- V Que l'assistència de públic no està permesa seguint les recomanacions establertes al Pla d'Acció pel Desconfinament Esportiu de Catalunya publicat per la Secretaria General de l'Esport i de l'Activitat Física de la Generalitat de Catalunya.

El compliment de les mesures esmentades és responsabilitat individual de cadascun dels participants, amb total indemnitat de l'entitat organitzadora dels contagis que en el seu cas es poguessin produir.

I per a que així consti als efectes oportuns, expedixo aquest certificat, a _____, el ____ de _____ de _____.

(signatura)

Text basat en el model de la Federació Catalana de Futbol.

ANNEX 1. JUGADORS/ES DE L'EQUIP _____

	NOM I COGNOMS	DNI
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Signatura del/la responsable.