Anexo 1

**Termo de Corresponsabilidade e de consentimento livre e informado para retorno às atividades presenciais na União dos Escoteiros do Brasil – DF**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) como responsável, autorizo que o jovem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membro do Movimento Escoteiro na Unidade Escoteira \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ /DF participe do retorno às atividades presenciais e,

( ) como adulto voluntário, Membro do Movimento Escoteiro na Unidade Escoteira \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ /DF, assumo as responsabilidades pelo meu retorno presencial e,

**declaro que:**

tenho ciência da transmissão comunitária do novo Corona vírus, agende causador da COVID-19;

tenho ciência de que a participação em atividades presenciais, mesmo com todas as precauções tomadas, traz risco de infecção pelo novo Corona vírus;

o(a) Associado(a) Beneficiário(a) (jovem) sob minha responsabilidade não apresenta, na data de preenchimento deste formulário, nem apresentou nos últimos 7 dias, qualquer sintoma da COVID-19 e nem de outras Síndromes Gripais;

caso o(a) Associado(a) Beneficiário(a) (jovem) sob minha responsabilidade apresente sintomas de COVID-19 ou outros sintomas gripais não deverá ser enviado às atividades presenciais e, caso apresente sintomas durante a atividade, será isolado dos outros jovens e deverá ser retirado por um dos responsáveis legais, após comunicação da Diretoria do Grupo Escoteiro;

eu tenho ciência, li e compreendi todo o teor do Protocolo de Retorno Seguro apresentado por este Grupo Escoteiro e aprovado pela UEB/DF. Declaro ainda que o(a) Associado(a) Beneficiário(a) (jovem) cumprirá as medidas de prevenção individual para evitar o contágio por COVID-19 e seguirá o protocolo de segurança estabelecido por este Grupo Escoteiro;

estou ciente que se algum membro da família ou pessoa que conviva diretamente com o(a) Associado(a) Beneficiário(a) (jovem) sob minha responsabilidade apresente sintomas de COVID-19 ou outros sintomas gripais não deverei enviá-lo para atividade e informarei à Diretoria do Grupo Escoteiro;

a Ficha Médica do(a) Associado(a) Beneficiário(a) (jovem), constante no sistema Paxtu, está atualizada;

tenho ciência e alertei o(a) Associado(a) Beneficiário(a) (jovem) que além de seguir os protocolos de segurança dentro das atividades escoteiras, ele(a) deve manter postura compatível com sua Promessa e ter a responsabilidade de também cumprir todas as medidas de prevenção e decretos civis em vigor quando estiver fora das atividades escoteiras, para proteção própria, de sua família, de seus irmãos escoteiros e da comunidade;

estou ciente que, mesmo com o cumprimento de todo e qualquer protocolo de segurança, ainda há risco de contração pelo(a) Associado(a) Beneficiário(a) (jovem) da COVID-19.

Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexo 2

**Questionário de Triagem**

1. Nome completo e RG do responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nome completo do membro/participante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idade: \_\_\_\_\_\_\_
3. Lotação ( )Lobinho ( )Escoteiro ( )Sênior ( )Pioneiro ( ) Escotista ( ) Dirigente ( ) Apoio ( ) Outros
4. Já está vacinado? ( ) Sim as duas doses ou dose única e reforço ( ) Sim as duas doses ou dose única ( ) parcialmente com uma dose ( ) Não, nenhuma dose
5. Já teve/tem diagnóstico confirmado de Infecção pelo corona vírus?

( ) SIM. Especifique a data do diagnóstico \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_

( ) Não

1. Apresentou algum destes sintomas nos últimos 7 dias (marque os que teve)

( ) febre, ( ) tosse, ( ) dores no corpo, ( ) perda de olfato ou paladar, ( ) dor de garganta, ( ) diarreia, ( ) diarreia ( ) cansaço intenso ( ) nenhum deles

1. Alguém com quem reside teve diagnóstico confirmado de corona vírus?

( )Sim. ( )Não

1. Caso a resposta acima tenha sido sim, informe o grau de relacionamento e a data dos diagnósticos (ex: pai – 25/08/20, irmã 01/09/21): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Teve contato em ambiente fechado com alguma pessoa sabidamente infectada com corona vírus nos últimos 7 dias?

( )Sim. ( )Não

1. Caso a resposta acima tenha sido sim, quando? (Nesta situação avaliar com a direção da UEL a participação ou não da atividade) \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_
2. Teve contato, ambiente fechado, com alguma pessoa com sintomas de corona nos últimos 7 dias?

( )Sim. ( )Não

1. Caso a resposta acima tenha sido sim, quando? (Nesta situação avaliar com a direção da UEL a participação ou não da atividade) \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_
2. Tem alguma doença crônica?

( )Diabetes Mellitus

( )Asma

( )Doença Renal Crônica

( )Faz uso crônico de Corticosteroides ou Imunossupressores

( )Doença Autoimune

( )Doença do fígado

( )Obesidade mórbida (IMC>40)

( )Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )Nenhuma

1. Declaração de veracidade: ( ) Declaro que as informações acima são verdadeiras e condizentes com a realidade dos fatos.