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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (grau de parentesco) autorizo que o jovem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Membro do Movimento Escoteiro no Grupo Escoteiro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_/DF participe do retorno às atividades presenciais 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 14 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Idade: \_\_\_

3. Ramo ( )Lobinho ( )Escoteiro ( )Sênior ( )Pioneiro

4. O jovem já teve/tem diagnóstico confirmado de Infecção pelo corona vírus?

( )SIM. Especifique a data do início dos sintomas \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( )Não

5. O jovem apresentou algum destes sintomas nos últimos 14 dias (febre, tosse, dor no corpo, perda de olfato, dor de garganta, diarreia, etc.)?

( )Não

( )Sim; Qual sintoma? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Algum outro parente que reside com o jovem teve diagnóstico confirmado de Corona virus?

( )Sim. Qual(is?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )Não

7. O Jovem teve contato (sem máscara e em ambiente fechado) com alguma pessoa sabidamente infectada com corona vírus nos últimos 14 dias?

( )Sim. Quando? \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

( )Não

8. O Jovem teve contato (sem máscara e em ambiente fechado) com alguma pessoa com sintomas gripais nos últimos 14 dias?

( )Sim. Quando? \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

( )Não

9. O jovem 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