

## Formulário de consentimento de doença infecciosa

As Filhas de Jó Internacional tomou as precauções necessárias para prevenir a disseminação de COVID-19 e outras doenças infecciosas, colocando em prática diretrizes para reduzir a exposição de membros/membros em potencial/abelhinhas e adultos voluntários. Apesar dessas precauções, as Filhas de Jó Internacional não pode garantir que os participantes ou voluntários não serão expostos ao COVID-19 ou outras doenças infecciosas, e que a participação em eventos da organização pode aumentar o risco de contrair doenças infecciosas, incluindo COVI-19.

Ao assinar este formulário de reconhecimento, eu, como pai/responsável legal do membro/potencial membro/abelhinha nomeado abaixo, reconheço a natureza contagiosa do COVID-19 e outras doenças infecciosas, e aceito voluntariamente o risco que o membro/membro em potencial/abelhinha pode ser exposto ou infectado por COVID-19 ou outras doenças infecciosas durante as atividades das Filhas de Jó, o que pode resultar em ferimentos pessoais, doenças, invalidez ou mesmo morte.

Eu entendo que o membro/membro em potencial/abelhinha pode estar em contato com voluntários adultos, participantes e/ou outros membros que estão em risco de exposição na comunidade. Compreendo perfeitamente que qualquer precaução tomada não é 100% eficaz na prevenção de COVID-19 ou de qualquer outra doença.

Eu entendo que sou responsável por garantir que o membro/membro em potencial/abelhinha mencionado abaixo esteja livre de COVID-19 ou outros sintomas de doenças infecciosas antes de participar de qualquer atividade das Filhas de Jó. As responsabilidades são as seguintes:

RESPONSABILIDADES			
	Notifique uma líder das FDJ	Fique em casa	Passos adicionais
Se você tiver febre de 38o graus ou mais.	✓	✓	Fique em casa até 24 horas quando estiver livre de febre sem medicamentos.
Se você tiver vomitado ou com diarreia 24h antes de um evento das FJI.	✓	✓	Fique em casa até que você esteja livre de sintomas por 24h.
Se você tiver sido expostas ou testado positivo para COVID-19, e tiver sido notificada para permanecer em quarentena, ou se apresentar 2 ou mais sintomas de COVID-19.	✓	✓	Fique em casa por 10 dias ou até que receba teste negativo para COVID-19.
Se você tiver testado positivo para alguma doença infecciosa (faringite estreptocócica, gripe, mononucleose etc), ou se tiver piolhos ou lêndeas.	✓	✓	Fique em casa até que esteja sem sintomas.

Nome da menor (nome e sobrenome): \_\_\_\_\_

Data de nascimento da menor:: \_\_\_\_\_

Pai sou representantes legal (nome e sobrenome: \_\_\_\_\_

Assinatura de pais ou representante legal: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Esse formulário deve ser mantido na secretaria do Bethel.