

**ANEXO III**  
**DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN,**  
**OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**I.-DATOS DEL JUGADOR/A**

Nombre			
Fecha Nacimiento		Categoría	
Nacionalidad		DNI -NIE	
Dirección			
Población		Provincia	
Tfno. Contacto		Correo Electrónico	

**II.-DATOS DE LOS PROGENITORES / TUTORES / REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre del Padre			
DNI -NIE			
Tfno. Contacto		Correo Electrónico	
Nombre de la Madre			
DNI -NIE			
Tfno. Contacto		Correo Electrónico	

DECLARACIÓN RESPONSABLE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con la firma del presente documento, el/la deportista, o en caso de menores de edad padres o tutores, muestra/n su conformidad y aceptación con los siguientes requisitos de participación en los entrenamientos y competiciones de la FBM:

1.-Declaración responsable de no formar parte de grupos de riesgo ni convivir con grupo de riesgo.

- El/la participante no puede tomar parte en la actividad si presenta cualquier sintomatología (tos, fiebre, dificultad al respirar, etc. que pudiera estar asociada con el COVID-19.
- El/las participante no puede tomar parte en la actividad si ha estado en contacto estrecho (convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos o compartiendo espacio sin guardar la distancia interpersonal con una persona afectada por el COVID-19, incluso en ausencia de síntomas, por un espacio de al menos 14 días. Durante ese periodo debe realizar un seguimiento por si aparecen signos de la enfermedad.
- El/la participante sí puede, pero no debería, tomar parte en la actividad si es vulnerable o convive con una persona que sea vulnerable por ser mayor de 60 años, estar diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, o por estar embarazada o por padecer afecciones médicas anteriores. Si opta por participar deberá dejar constancia del riesgo que corre él o sus familiares en el consentimiento informado.

2. Compromiso de comprobación diaria de estado de salud y de causa de ausencia.

- Los/as participantes o tutores legales de los participantes deberán comprobar diariamente su estado de salud antes de incorporarse a la actividad.
- Los/las participantes deberán notificar las causas de ausencia al monitor responsable de su grupo a través del móvil u otro medio.
- Si alguna persona involucrada en la actividad presenta sintomatología asociada con el COVID-19 no acudirá y contactará con el responsable de su actividad.
- Si alguna persona involucrada en la actividad/competición presenta sintomatología asociada con el COVID-19 hasta 15 días después de la actividad/ competición, contactará con el responsable de su actividad.

3. Aceptación del documento informativo para familias sobre medidas personales de higiene y prevención obligatorias. El/la deportistas, o sus progenitores, declara conocer y ha suscrito la Hoja de Compromiso de cumplimiento de las medidas de higiene y prevención establecidas por su Club para la participación en los entrenamientos y competiciones de la FBM.

En Madrid a ..... de..... de 2.020

Leído y conforme,

El/la deportista

Padre/madre/Tutor/reptante Legal

El Club (VºBº)

**ANEXO IV**  
**HOJA DE COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL COVID19**

**I.-DATOS DEL JUGADOR/A**

Nombre			
Fecha Nacimiento		DNI -NIE	
Nacionalidad		Fecha Alta	
Dirección			
Población		Provincia	
Tfno. Contacto		Correo Electrónico	

**II.-DATOS DE LOS PROGENITORES / TUTORES / REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre del Padre			
DNI -NIE			
Tfños. Contacto		Correo Electrónico	
Nombre de la Madre			
DNI -NIE			
Tfños. Contacto		Correo Electrónico	

**NORMAS DE CUMPLIMIENTO PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA**

- El/la deportista, y sus progenitores, declaran conocer, por haber sido informados, de las medidas de higiene y de seguridad que se han establecido en la Instalación Deportiva y para el desarrollo de las actividades deportivas que realiza el Club, las cuales están dirigidas a prevenir los contagios por COVID19. Como es público y notorio, estas medidas se orientan a reducir al máximo el riesgo de contagio de todos los participantes, sin que exista en caso alguno el riesgo cero de contagio. Para poder minimizar esta situación se necesita la implicación de todos los participantes, y por ello, el/la deportista y sus progenitores están dispuestos a asumir íntegramente los compromisos que a ellos les corresponde antes de iniciar la actividad, durante y a la finalización de la misma.
- El/la deportista y sus progenitores, con la firma de este documento, aceptan y consideran suficientes las medidas adoptadas por el Club para prevenir el contagio, y se obligan y comprometen a cumplir estrictamente las mismas, así como las normas e indicaciones marcadas por las autoridades sanitarias, los responsables de la Instalación, del Club y de su personal.
- El incumplimiento por parte del deportista o sus progenitores de las medidas de higiene o de prevención, establecidas por el Club supondrá la adopción de las medidas disciplinarias que procedan según los Estatutos y normativa de régimen interno del Club, y ello al margen de las acciones administrativas y judiciales que pudieran corresponder.
- El/la deportista asume que la práctica deportiva y la interacción con otras personas y materiales puede ser una actividad de riesgo para infectarse, asumiendo la ausencia de "riesgo cero", incluso con la adopción de todas las medidas oportunas preventivas.
- El/la deportista y sus progenitores, autorizan de forma expresa al Club para que pueda solicitar, hacer uso y tratar los datos biométricos de éste/a (temperatura y datos médicos (tales como pruebas PCR y test, aplicaciones sobre tos y síntomas, etc...)), los cuales serán utilizados exclusivamente para comprobar que no están desarrollando síntomas del COVID19 ni son portadores de la enfermedad, pudiendo ceder y comunicar los mismos exclusivamente a las autoridades sanitarias competentes en esta materia con fines de prevenir nuevos contagios. Estos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión y portabilidad, en su caso, conforme a los parámetros y directrices que establece la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante comunicación dirigida al domicilio social del Club, junto con copia de su DNI. Los datos serán conservados durante el tiempo en que se desarrolle la actividad deportiva y puedan exigir las autoridades sanitarias.

Madrid, a ..... de..... de 2.020.

El/laJUGADOR/A

LOS PROGENITORES

VºBºClub

**ANEXO V**  
**A.-CUESTIONARIO AUTOEVALUACIÓN POR COVID19**  
(Propuesta de Formulario de la FBM)

<b>NOMBRE COMPLETO<sup>1</sup></b>	
<b>DNI</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<b>TELÉFONO</b>	

<sup>1</sup> = Debe reflejarse el nombre tal y como aparece en el DNI o Pasaporte.

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad respiratoria durante el confinamiento?		
2	¿Has recibido asistencia médica a causa de esta enfermedad?		
3	¿Te han hecho algún test de confirmación de esta enfermedad?		
4	¿Ha dado resultado positivo?		
5	¿Has hecho cuarentena?		
6	¿Has obtenido un resultado negativo en un test antes de reincorporarte a tu vida normal?		
6	¿Tienes actualmente algún síntoma relacionado con COVID-19? Indique cual: <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Dolor Cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida gusto/olfato <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dolores Musculares/articulares <input type="checkbox"/> Dolor pleurítico <input type="checkbox"/> Otros		
7	¿Has tenido contacto estrecho con algún paciente positivo confirmado?		
8	¿Has contactado con las autoridades sanitarias para comunicar tus síntomas?		
9	¿Te encuentras bien de salud en estos momentos? Si la respuesta es negativa, indique cual: <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Dolor Cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida gusto/olfato <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dolores Musculares/articulares <input type="checkbox"/> Dolor pleurítico <input type="checkbox"/> Otros		
10	En caso de tener alguno de los síntomas, ¿Lo has comunicado a tu Club y FBM?		

**ENTREGAR AL RESPONSABLE DEL ENTRENAMIENTO, DEL PROTOCOLO O CLUB. EN CASO DE SOSPECHA DE TENER LA ENFERMEDAD CONTACTE APARTE INMEDIATAMENTE AL PARTICIPANTE Y CONTACTE CON LA AUTORIDAD SANITARIA.**

Esta información se podrá compartir con las autoridades de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos en el caso que se detecte que un participante tiene síntomas que puedan hacer sospechar que padece la enfermedad COVID-19 o que ha tenido contacto con un caso confirmado. Tras la lectura y revisión de este cuestionario, el/la deportista/entrenador/a declara que:

- Todas las respuestas vertidas en este cuestionario de salud son verdaderas y correctas.
- Es conocedor de que cualquier respuesta deshonestas, podría traer serias implicaciones para su salud y la de su entorno.
- Asume la responsabilidad que de la omisión o falsedad en los mismos pueda conllevar. (BOE nº 126, de 6 de mayo de 2020: "el regreso a los entrenamientos y la competición será bajo responsabilidad del deportista o bajo aquella que se derive de los acuerdos que el deportista tenga suscritos con su federación o entidad deportiva empleadora, lo que incluirá estar al corriente de los seguros que procedan")
- Se compromete a que antes, durante y después de la actividad, pondrá en conocimiento de su Club y de la Federación, cualquier incidencia que modifique la situación actualmente evaluada.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Fdo. El-La DEPORTISTA/ENTRENADOR-A

Padre/madre/Tutor-a/Reptante. Legal<sup>2</sup>  
(En caso de menores de edad)

**ANEXO VI**  
**FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL (FLP)**  
(Debe completarse por todos los participante)

Nombre completo <sup>1</sup>	
DNI	
Dirección	
Correo Electrónico	
Teléfono	
PAISES/CCAA visitadas en los últimos 14 días	

1 =Debe reflejarse el nombre tal y como aparece en el DNI o Pasaporte.

Preguntas	SI	NO
1 ¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19		
2 ¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID-19?		
3 ¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?		
4 ¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19		
5 ¿Ha viajado con un paciente COVID-19 en cualquier medio de transporte?		
6 ¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?		

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Fdo. El/La DEPORTISTA

Padre/madre/Tutor-a/Reptante. Legal  
(para menores de edad)