**CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDADES RECREODEPORTIVAS EN EL MARCO DEL PANDEMÍA POR EL CORONAVIRUS COVID-19.**

***SI ES MENORES DE EDAD (Diligencie el siguiente campo como acudiente y/o representante legal de deportista o usuario menor de edad que desea inscribir a los programas o eventos ofrecidos por la Secretaria de Deportes y lea atentamente la totalidad del documento):***

Yo con CC de

 autorizo a mi hijo(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con T.I /R.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a participar de manera voluntaria en las actividades lúdico-deportivas, entiendo que él o la persona participante debe cumplir con los protocolos, requisitos y recomendaciones establecidas para estas actividades. Asumo la responsabilidad del riesgo de contagio que conllevan los desplazamientos hacia el campo deportivo de mi hijo(a) y familia.

***SI ES MAYORES DE EDAD (Diligencie el siguiente campo como interesado de los programas o eventos ofrecidos por la Secretaria de Deportes y lea atentamente la totalidad del documento)***

Yo con CC de

Libero de responsabilidad al personal de salud, técnico y administrativo de la Secretaría de Deportes del municipio de Sopó, ante el evento de ser diagnosticado con COVID 19, pues entiendo que su contagio pudo ser en cualquier momento, y en cualquier espacio.

Entiendo que el hecho de haber tenido una exposición previa al virus, no libera de una reinfección, por lo que me comprometo a cumplir con todos los protocolos de seguridad.

Soy consciente que pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad existe una probabilidad de contagiarse con COVID 19. Cabe señalar que a pesar de las pruebas que se hayan realizado previamente y que no tenga síntomas, cabe la posibilidad de ser portador asintomático de la enfermedad; Entiendo que los riesgos asociados a la exposición de COVID-19 pueden ser: muerte, síndrome de dificultad respiratoria, coagulopatías, eventos trombóticos severos, otras manifestaciones como gastrointestinales, neurológicos relacionados y en general aumento de probabilidad de las complicaciones de enfermedades pre existentes, así como las probables secuelas resultantes del padecimiento de la enfermedad.

Se me ha explicado que la participación en esta actividad es totalmente voluntaria y siempre se está primando la salud.

Nombre del acudiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C:

Firma: