

CAMPIONATO INTERREGIONALE FISR FREESTYLE VENETO E FVG E TRENTINO 2022

DOMENICA 27 MARZO 2022

SPECIALITÀ: Roller Cross

Orari della giornata:

Gruppo 1

Categorie: Giovanissimi F e Giovanissimi M

Triage: 8:30

Inizio prova pista: 8:45

Inizio gara: 9:00

Fine gara e premiazioni 10:30

Gruppo 2

Categorie: Esordienti F e Esordienti M

Triage: 10:00

Inizio prova pista: 10:15

Inizio gara: 10:30

Fine gara e premiazioni: 12:00

11:30 – 11:45 Cambio ostacoli

Gruppo 3

Categorie: Ragazzi F e Allievi F

Triage: 11:30

Inizio prova pista: 11:45

Inizio gara: 12:00

Fine gara e premiazioni: 13:30

Gruppo 4

Categoria: Master F

Triage 13:15

Inizio prova pista: 13:30

Inizio gara: 13:35

Fine gara e premiazioni: 13:45

13:45 – 14:15 Pausa Pranzo + Cambio ostacoli

Gruppo 5

Categoria: Master M

Triage: 14:00

Inizio prova pista: 14:15

Inizio gara: 14:30

Fine gara e premiazioni 15:00

Gruppo 6

Categoria: Ragazzi M e Allievi M

Triage: 14:30

Inizio prova pista: 14:45

Inizio gara: 15:00

Fine gara e premiazioni: 16:00

Gruppo 7

Categoria: Juniores F e Seniores F

Triage: 15:30

Inizio prova pista: 15:45

Inizio gara: 16:00

Fine gara e premiazioni: 16:45

Gruppo 8

Categoria: Juniores M e Seniores M

Triage: 16:15

Inizio prova pista: 16:30

Inizio gara: 16:45

Fine gara e premiazioni: 18:00

TRIAGE RISCHIO COVID-19 - SCHEDA DI VALUTAZIONE ALL'INGRESSO DEL SITO SPORTIVO

Per una seduta di allenamento:

Per una gara/evento/raduno:

indicare gara/evento/raduno:

NOME E COGNOME:			
Tessera FISR N.:		Ruolo (atleta, tecnico...)	

Il sottoscritto _____

tesserato maggiorenne genitore/tutore legale dell'atleta minorenni indicato

Allenatore/Dirigente *(solo in assenza del genitore/tutore del minore nelle giornate di gara)*

nato a _____ il _____ e residente in _____

DICHIARA CHE:

Negli ultimi 10 giorni:

	SI	NO
-è stato in contatto stretto con casi accertati (vivi o deceduti)		
-è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio		
-è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti		
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 (tra i quali temperatura corporea >37,5°, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)		

Al momento

	SI	NO
ha tosse/raffreddore, difficoltà respiratorie, sindrome influenzale, temperatura superiore a 37,5°C		

_____ DATA E LUOGO

_____ FIRMA DELL' ATLETA
Del GENITORE/LEGALE RAPPRESENTANTE
Del DIRIGENTE/ALLENATORE

Conferma della dichiarazione per allenamenti successivi (data e firma):

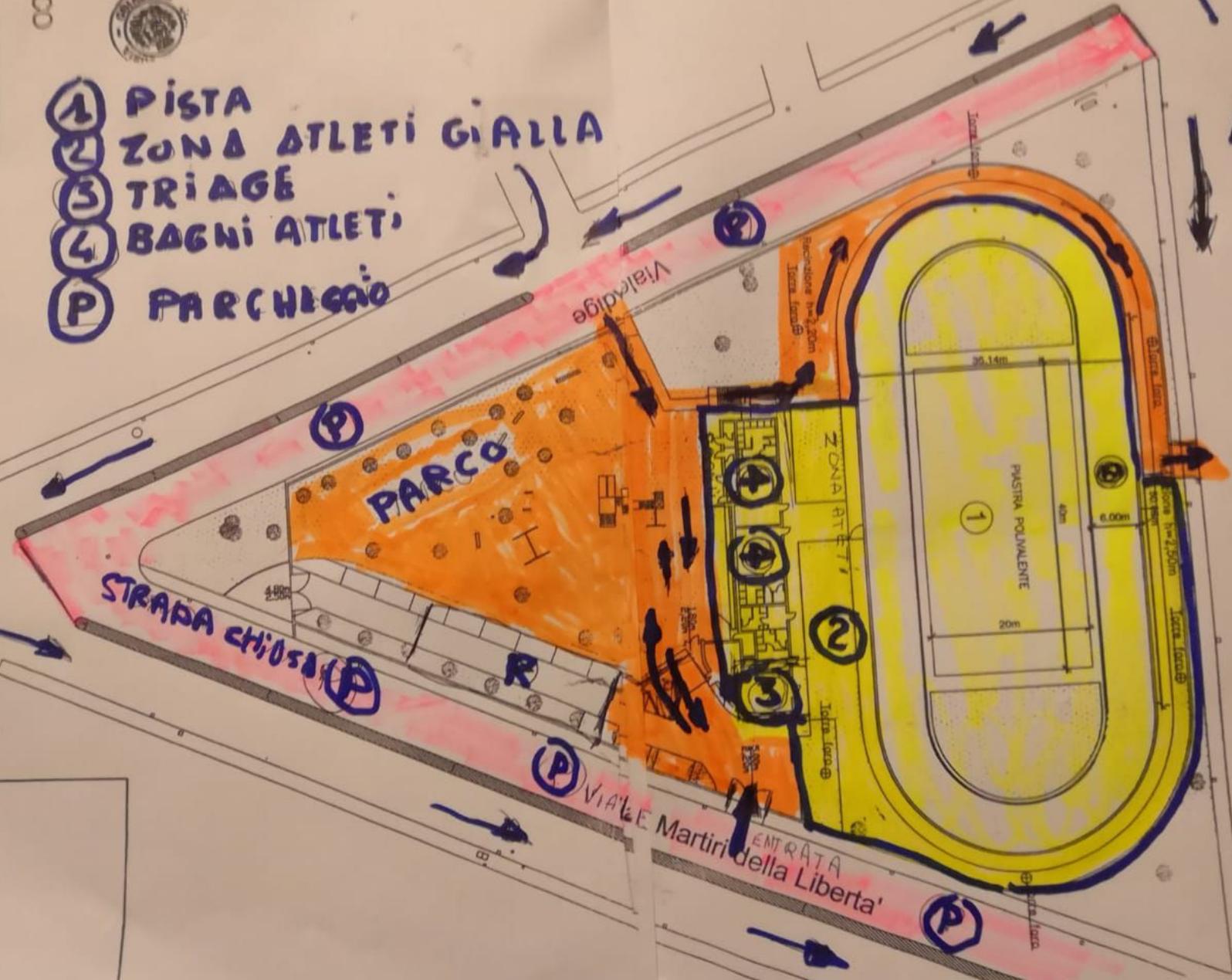
il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura SPORTIVA ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

autorizzo _____ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

CANTIERI



- ① PISTA
- ② ZONA ATLETI GIALLA
- ③ TRIAGE
- ④ BAGNI ATLETICI
- Ⓟ PARCHEGGIO



PLANIMETRIA GENERALE
 scala 1:500

①
 ②