

# 彩の国トライアスロン in 加須大会 SPECIALIZED RACE DAY セルフチェックシート

## <選手用>

### \* 記入者情報

レース NO \_\_\_\_\_ 選手名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

保護者 \* 18 歳以下の場合のみご記載ください。

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

\* 大会前1週間における健康状態 各項目ご確認の上、☑欄に✓をご記入ください。

一つでも問題がある場合は、医師に相談するなど各自での対策をお願いいたします。

レースに出場し、無事に帰宅するまでがレースです。

無理をせず、場合によっては勇気をもって大会への参加を見合わせる事をご検討ください。

	☑欄
平熱を超える発熱がない	<input type="checkbox"/>
咳、のどの痛みなど風邪の症状がない	<input type="checkbox"/>
だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)などの症状がない	<input type="checkbox"/>
味覚や嗅覚の異常がない	<input type="checkbox"/>
身体が重く感じる、疲れやすいなどの症状がない	<input type="checkbox"/>
睡眠時間は十分に取れている。	<input type="checkbox"/>
大会に出場する意欲が十分にある	<input type="checkbox"/>

### \* 競技説明会動画の中の合言葉

→ ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。大会でのご健闘を祈念しております！