

**Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na
egzaminie mistrzowskim Taekwon-do**

(w imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun prawny)

w terminie ____ . ____ . ____ . 2020 r.,

Firlej
(miejsce rozgrywania zawodów)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(funkcja)

Ja niżej, podpisany/a* mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na egzaminie stopni mistrzowskich świadomy/a niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa **COVID-19** i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam, że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa organizatora mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem **COVID-19**, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że uczestnictwo w egzaminie na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie egzaminu, mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa **COVID-19**.
3. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie z uczestnictwa w egzaminie.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy ma Pani / Pan* jakiegokolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka?

NIE TAK

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani / Pan* miał kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

NIE TAK

3. Czy zdiagnozowano u Pani / Pana* przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

NIE TAK

4. Czy przebywa Pani / Pan* w obowiązkowej kwarantannie, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.)?

NIE TAK

5. Pomiar temperatury przed wyjazdem wynosił..... °C

....., ____ . ____ . ____ . 2020 r.
(miejsce i data złożenia kwestionariusza i oświadczenia)

.....
(czytelny podpis)

6. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej*

Zobowiązuję się do niezwłocznego odbioru dziecka/podopiecznego w przypadku wystąpienia niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności). Podaję numer telefonu kontaktowego:

....., ____ . ____ . ____ . 2020 r.
(miejsce i data złożenia kwestionariusza i oświadczenia)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*)