

## Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na zawodach Taekwon-do

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

w terminie. \_\_\_\_\_ - ..2021 r., .....

(miejsce rozgrywania zawodów)

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(funkcja)

Ja niżej, podpisany/a\* mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach 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 zawodach na własną odpowiedzialność irtzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie zawodów, 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 zawodach.

### **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 orazgorączka?

NIE  TAK

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

NIE  TAK

3. Czy zdiagnozowano u Pani / Pana\* przypadek zakażenia wirusemCOVID-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 przedwyjazdemwynosił ..... °C

### **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) lub w wypadku takiej decyzji lekarza lub odpowiednich służb sanitarnych. Podaję numer telefonu kontaktowego: .....

....., ..2021r.  
(miejscowość i data złożenia kwestionariuszaioświadczenia)

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekunaprawnego\*)

\*niepotrzebne skreślić