Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na

PUCHARZE POLSKI SENIORÓW I JUNIORÓW

w terminie od 08.10.2021 do 10.10.2021 Nowa Ruda

.................................................................………...……… …………………………………………….

(nazwisko i imię) (funkcja)

Ja niżej, podpisany/a\* mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na PUCHARZE POLSKI SENIORÓW I JUNIORÓW 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 uczestniczę
w zawodach Grand Prix na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie zawodów Grand Prix, 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 Grand Prix.

 **Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach przekazuję odpowiedzi na**

 **następujące pytania:**

1. Czy ma Pani / Pan\* jakiekolwiek 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 o C

Nowa Ruda 08.10.2021 ………………………………………………………….

(czytelny podpis )

1. **Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej\***

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

Nowa Ruda 08.10.2021 ………………………………………………………….

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*)

\*niepotrzebne skreślić/ dotyczy wyłącznie osób niepełnoletnich