

Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na Grand Prix Polski w warcabach w terminie r.

.....
(nazwisko i imię zawodnika)

Ja niżej, podpisany/a* mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na Grand Prix Polski 2021 w warcabach w, świadomy/a* niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa COVID-19 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam, że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez organizatora Grand Prix Polski w warcabach, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem COVID-19, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w Grand Prix Polski 2021 w warcabach na własną odpowiedzialność i ryzyko.
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 Grand Prix Polski 2021 w warcabach.

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 10 dni miała Pani/Pan* kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

NIE TAK

3. Czy w ciągu ostatnich 10 dni 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. 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:

.....
(miejscowość, data oraz czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić