

Kwestionariusz sanitarny osób uczestniczących w OTJD w Międzyrzeczu w dniu 18.12.2021 r. w Hali MOSiW Międzyrzecz os. Kasztelańskie 8a

Kwestionariusz wypełniają wszyscy uczestnicy zawodów – zawodnicy, trenerzy, fizjoterapeuci, sędziowie, obsługa zawodów, oficjele itp. * w imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun, podpisy składa rodzic/opiekun oraz zawodnik

Data:; Dane zawodnika lub innego uczestnika imprezy:

Nazwisko:; Imię:

Klub sportowy:

Ja niżej, podpisany mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach, świadomy niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam, że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez KS SPARTAKUS Międzyrzecz, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że uczestniczę w zawodach na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie zawodów na terenie MOSiW Międzyrzecz, mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2.
3. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie z zawodów.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach oraz w hali MOSiW Międzyrzecz w załączeniu 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* miał kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem COVID-19? NIE TAK
3. Czy zdiagnozowano u Panią / Pana* przypadek zakażenia wirusem COVID-19? NIE TAK

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK - Proszę podać datę, kiedy Pani/Pan miał wynik dodatni testu....., proszę podać wyznaczoną datę zakończenia obowiązkowej kwarantanny lub samoizolacji.....

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.

(podpis zawodnika lub innej osoby uczestniczącej w zawodach) (podpis opiekuna prawnego)

.....

(data złożenia oświadczenia i kwestionariusza)