

KWESTIONARIUSZ SANITARNY OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W

Turnieju: Mistrzostwa Wielkopolski w Judo 05.02.2022 w Mochach

Dane zawodnika lub innego uczestnika imprezy:

Imię i Nazwisko:

Klub sportowy:

W imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun.

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:

Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że uczestniczę w zawodach na własną odpowiedzialność i ryzyko. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie zawodów na terenie Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Mochach ul. Szkolna 7, Przemęt 64-234 mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. 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 przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

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

NIE

TAK

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

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.....

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

Czy posiada Pan/Pani certyfikat (*paszport*) Covid ?

NIE

TAK

Zapoznałam/em się z Regulaminem Bezpieczeństwa Sanitarnego Zawodów - akceptuję go i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przesłanych dokumentach rekrutacyjnych w celu zebrania danych epidemiologicznych.

.....
(podpis zawodnika lub innej osoby uczestniczącej w zawodach)

.....
(podpis opiekuna prawnego)

.....
(data złożenia oświadczenia i kwestionariusza)