Kwestionariusz sanitarny uczestnika

XXX Mistrzostwa Nauczycieli i Pracowników Oświaty w Tenisie Stołowym

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Funkcja[1]	
Hotel	

Będę brała/ł* udział w zawodach sportowych i oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na poddanie się zaleceniom, wytycznym i przepisom dotyczącym przestrzegania zasad i procedur bezpieczeństwa w celu zmniejszenie ryzyka zakażenia i rozprzestrzeniania się COVID-19 z bezwzględnym stosowaniem się do wymogów sanitarnych oraz poleceń organizatorów i innych osób odpowiedzialnych za bezpieczne przeprowadzenie tych zawodów w tym obowiązujących regulaminów i przepisów wprowadzonych przez podmiot udostępniający obiekt sportowy, miejsce zakwaterowania, wyżywienia, urządzenia i sprzęt sportowy wykorzystywany w czasie zawodów.
2. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez organizatora i podmiot udostępniający obiekt sportowy, miejsce zakwaterowania, wyżywienia, , urządzenia i sprzęt sportowy mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem COVID-19, ryzyko to nadal istnieje.
3. Świadomy, treści zapisów punku 1 i 2 uczestniczę w zawodach sportowych na własną odpowiedzialność i ryzyko.

[1] Zawodnik, sędzia, obsługa wydarzenia, inne

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób uczestniczących w zawodach sportowych, przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

1. **Czy w ciągu ostatnich 14 dni był/a Pani/Pan objęta/y nadzorem epidemiologicznym - kwarantanną?**

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Jaki okres (liczba dni): ……..

Datę zakończenia okresu: ……

2. **Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie COVID-19?**

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Jakie czynności w związku z tym były podjęte (opisać):……..

Opisać wynik/efekt podjętych czynności: ……

Czy była Pani poddana/był Pan poddany testowi na obecność wirusa COVID-19 i jaki jest jego wynik: ……

3. **Czy ma Pani/Pan jakiekolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak: podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności lub inne potwierdzone przez służby medyczne?**

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać występujące objawy:

……

Od kiedy (data):……..

Oświadczenie zostało złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oraz odpowiedzialności za nie przestrzeganie przepisów Ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych Dz.U. z 2020 poz. 374 i Rozporządzenia RM w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

Świadoma/y odpowiedzialności oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

……

(data i podpis osoby składającej oświadczenie-kwestionariusz)