

Kwestionariusz sanitarny uczestnika zawodów sportowych

**II NIEPODLEGŁOŚCIOWY TURNIEJ TENISA STOŁOWEGO
(nazwa zawodów)**

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

W przypadku zawodnika będącego pod opieką trenera/opiekuna

..... (nazwisko imię)

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

- 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 bezwzględny stosowaniem się do wymogów sanitarnych oraz poleceń trenera/wychowawcy i innych osób odpowiedzialnych za bezpieczne przeprowadzenie tych zawodów w tym obowiązujących regulaminów i przepisów wprowadzonych przez podmiot udostępniający miejsce zakwaterowania, wyżywienia, obiekt sportowy, urządzenia i sprzęt sportowy wykorzystywany w czasie szkolenia.
- Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez organizatora i podmiot udostępniający miejsce zakwaterowania, wyżywienia, obiekt sportowy, urządzenia i sprzęt sportowy mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem COVID-19, ryzyko to nadal istnieje.
- Świadomy, treści zapisów punktu 1 i 2 uczestniczę w zawodach sportowych na własną odpowiedzialność i ryzyko.

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

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni była Pani/był Pan za granicą?

NIE TAK

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

Kraj, z którego nastąpił powrót:

Jak długo trwał pobyt za granicą (liczba dni):

Datę powrotu zza granicy:

2. 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:

3. 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:

.....

4. Czy ma Pani/Pan jakiegokolwiek 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)