

**Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na  
Eliminacjach Strefowych i Mistrzostwach Wielkopolski Juniorów i Młodzików  
Sypniewo 2020**

(w imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun prawny)

w terminie 20-27 września 2020 r.,

.....  
(nazwisko i imię zawodnika)

Ja niżej, podpisany/a\* mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na ES+MWJ, 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 organizatora ES+MWJ mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem **COVID-19**, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w ES+MWJ na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie ES+MWJ, 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 ES+MWJ.

**Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na ES+MWJ 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 14 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
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) lub w wypadku takiej decyzji lekarza lub odpowiednich służb sanitarnych. Podaję numer telefonu kontaktowego: .....

Sypniewo, 20.09.2020 r. ....

*(miejsowość i data złożenia kwestionariusza i oświadczenia) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*)*

\*niepotrzebne skreślić