

Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na zgrupowaniu

.....
(nazwisko i imię rodzica / opiekuna)

.....
(nazwisko i imię zawodnika)

Sport: Kajakarstwo

Ja niżej, podpisany/a mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na akcji szkoleniowej, świadomy/a niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa COVID-19 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa organizatora akcji szkoleniowej mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem COVID-19, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że uczestniczę w akcji szkoleniowej na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie akcji szkoleniowej, 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 akcji szkoleniowej.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zgrupowaniu 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 Pani / 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 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:

.....
(Miejscowość i data złożenia oświadczenia i kwestionariusza) (podpis opiekuna prawnego)