

Załącznik nr 4

**ANKIETA O STANIE ZDROWIA I OŚWIADCZENIE O PRZECIW DZIAŁANIU ORAZ
ŚWIADOMOŚCI RYZYKA ZARAŻENIEM SIĘ SARS CoV-2**

Imię i nazwisko

Nr. telefonu

E-mail:

Funkcja:

zawodnik / trener / mechanik / kierownik drużyny / inna

1. Czy w okresie ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV- 2 (podkreśl właściwe)?

NIE TAK

2. Czy obecnie występują u Pana(i) objawy infekcji (podkreśl właściwe)?

gorączka / kaszel / uczucie duszności / zaburzenia węchu, smaku / żadne z powyższych

3. Czy Pan(i) lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym – kwarantanna (podkreśl właściwe)?

NIE TAK

Ja niżej podpisany oświadczam że:

- Zobowiązuję się również do przestrzegania zasad dotyczących zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa i zobowiązuję się do przekazania informacji gdyby w czasie wydarzenia lub krótko po nim pojawiły się zmiany w stanie mojego zdrowia mogące wskazywać na zarażenie się korona wirusem.
- Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis)