**Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na**

**Zawodach Taekwon-do ITF w Mińsku Mazowieckim**

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

w terminie 24.04.2021 r., Mińsk Mazowiecki

(miejsce rozgrywania zawodów)

Zespół Szkół nr 1 im. Kazimierza Wielkiego w Mińsku Mazowieckim, ul. Budowlana 4, 05-300 Mińsk Mazowiecki

 …………………………………………….

(nazwisko i imię) (funkcja)

Ja niżej, podpisany/a\* mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach 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 mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem **COVID-19***,* ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że uczestniczę w zawodach na własną odpowiedzialność i ryzyko.

2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie zawodów, 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 zawodach.

**Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach przekazuję odpowiedzi na**

**następujące pytania:**

1. Czy ma Pani / Pan\* jakiekolwiek 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. Pomiar temperatury przed wyjazdem wynosił .............. o C

………………….…………, . .2021 r. ………………………………………………………….

*(miejscowość i data złożenia kwestionariusza i oświadczenia)* (czytelny podpis )

**6. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej\***

Zobowiązują się do niezwłocznego odbioru dziecka/podopiecznego w przypadku wystąpienia niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności). Podaję numer telefonu kontaktowego: ………………………..…………

………………….…………, . .2021 r. ………………………………………………………….

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

\*niepotrzebne skreślić/ dotyczy wyłącznie osób niepełnoletnich