

OŚWIADCZENIE COVID 19

Imię i Nazwisko Zawodnika :

Nr telefonu do kontaktu: e-mail:

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) / dziecko / podopieczny / któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak
Nie

- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) / dziecko / podopieczny kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenia wirusem Sars CoV-2?

Tak
Nie

- 3) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) / dziecko / podopieczny kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak
Nie

- 4) Czy Pan(i) dziecko / podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

Tak
Nie

- 5) Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach występują u Pan(i) / dziecka / podopieczny/ lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak
Nie

- 6) Oświadczam, że w razie wystąpienia niepokojących objawów u mojego dziecka (podopiecznego) będę w stanie odebrać je w ciągu 12h

- 7) Dziecko posiada choroby przewlekłe

Tak
Nie

Jeśli zaznaczyłaś (eś) tak wymień jakie:.....

.....

.....
Data

.....
Czytelny podpis opiekuna prawnego