

Kwestionariusz sanitarny osób uczestniczących w Mistrzostwach Polski Osób z niepełnosprawnościami w Judo

w dniu 22.05.2021 r. w hali sportowej Taborowa 1 w Poznaniu oraz w dniu 23.05.2021r – Luboński Ośrodek Sportu i Rekreacji – ul. Kołłątaja 2.Luboń

Kwestionariusz wypełniają wszyscy uczestnicy zawodów – zawodnicy, trenerzy, fizjoterapeuci, sędziowie, obsługa zawodów, oficjele itp.

Data:

Dane zawodnika lub innego uczestnika imprezy:

Nazwisko:.....;

Imię:.....

Klub sportowy:.....;

Ja niżej, podpisany mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach, świadomy niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam, że:

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez Akademia Judo Poznań, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem *SARS-CoV-2*, 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 na terenie Lubońskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji, ul. Kołłątaja 2, Luboń, mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa *SARS-CoV-2*.
3. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie z zawodów.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach oraz w Lubońskim Ośrodku Sportu i Rekreacji ,ul. Kołłątaja 2, Luboń w załączeniu 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 10dni 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

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK - Proszę podać datę, kiedy Pani/Pan miał wynik dodatni testu....., proszę podać wyznaczoną datę zakończenia obowiązkowej kwarantanny lub samoizolacji.....

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. Zapoznałam/em się z **Regulaminem– bezpieczeństwo sanitarne** - akceptuję go i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

.....
(podpis zawodnika lub innej osoby uczestniczącej w zawodach)

(podpis opiekuna prawnego)

.....

(data złożenia oświadczenia i kwestionariusza)