**Data: ……..................…………………………….**

**Kwestionariusz sanitarny**

**osób przebywających na JUDO SALT CUP WIELICZKA 10.10.2020 r. w** **Wieliczce na** **Hali Sportowej przy SP1 im.K.Wielkiego ul.J.Piłsudskiego 20 32-020 Wieliczka w imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun**

**Dane zawodnika:**

**Imię i nazwisko: ………………….............................................................. .**

**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 organizatora – UKS JUDO KING WIELICZKA w Wieliczce na Hali Sportowej przy SP1 im.K.Wielkiego ul.J.Piłsudskiego 20 32-020 Wieliczka 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 hali sportowo-widowiskowej przy ul. Świętokrzyska 11 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 sportowych. Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na zawodach oraz w budynkach i na terenie Hali Sportowej przy SP1 im.K.Wielkiego ul.J.Piłsudskiego 20 32-020 Wieliczka w załączeniu przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:**
4. **Czy ma Pani/Pan jakiekolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka?**

 **□ NIE □ TAK**

1. **Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał(a) Pani/Pan kontakt z kimś, kto jest podejrzewany lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2? □ NIE □ TAK**

**Jeżeli zaznaczył(a) Pani/Pan odpowiedź TAK, to proszę wskazać, czy była Pani/Pan poddana(y) testowi na obecność wirusa SARS-CoV-2 i jaki jest jego wynik ………………………………………….. .**

1. **Czy zdiagnozowano u Pani/Pana przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2? □ NIE □ TAK**
2. **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**
3. **Oświadczenie rodzica/opiekuna osoby niepełnoletniej:**

**Zobowiązują się do niezwłocznego – do 8 godzin – odbioru dziecka/podopiecznego z zawodów w przypadku wystąpienia u ich dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności) lub w wypadku takiej decyzji lekarza lub odpowiednich służb sanitarnych.**

**………………………………………………..**

**Podaję numer telefonu kontaktowego**

 **………………………………………………..**

**(imię i nazwisko zawodnika)**

**………………………………………………..**

**(podpis rodzica/opiekuna prawnego)**

**……………………………………………….**

**(data złożenia oświadczenia i kwestionariusza)**