**Kwestionariusz sanitarny zawodników uczestniczących w**

**Eliminacji Wojewódzkich Strefy Podlasko - Lubelskiej do Mistrzostw Polski Młodzików**

**i Mistrzostw Polski Juniorów Młodszych w Szachach**

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

w terminie \_\_.\_\_ - \_\_.\_\_.2020 r., ……………………………………………………………………..

 (miejsce rozgrywania zawodów)

................................................................. …………………………………………….

 (nazwisko i imię)

Ja niżej, podpisany/a\* mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na Eliminacjach Wojewódzkich Strefy Podlasko - Lubelskiej do Mistrzostw Polski Młodzików i Mistrzostw Polski Juniorów Młodszych w Szachach, 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 MWM mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem COVID-19, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że uczestnictwo w MWM na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie MWM, 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 MWM.

 Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na MMM 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

1. 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

1. Czy zdiagnozowano u Pani / Pana\* przypadek zakażenia wirusem COVID-19?

 □ NIE □ TAK

1. 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

1. Pomiar temperatury przed wyjazdem wynosił - …….. o C
2. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej\*

 Zobowiązują się do niezwłocznego odbioru dziecka/podopiecznego w przypadku wystąpienia niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności) lub w wypadku takiej decyzji lekarza lub odpowiednich służb sanitarnych. Podaję numer telefonu kontaktowego: ………………………..…………

………………….…………, \_\_\_.\_\_\_.2020 r ……………………………………………

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

\*niepotrzebne skreślić