

**Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na
Drużynowych Mistrzostwach Województwa Zachodniopomorskiego w szachach
w terminie 19-20 luty 2022r. w Koszalinie**

.....
(nazwisko i imię zawodnika / kibica)
(w imieniu osoby niepełnoletniej kwestionariusz wypełnia rodzic/opiekun prawny)

Ja niżej, podpisany/a* mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na Turnieju świadomy/a* niebezpieczeństwa związanego z trwającym stanem epidemii spowodowanej przez wirusa **COVID-19** rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam że:

Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa organizatora Turnieju mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem **COVID-19**, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w Turnieju na własną odpowiedzialność i ryzyko.

Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie Turnieju, mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa

Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie z uczestnictwa w Turnieju.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na Turnieju przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy ma Pani / Pan* jakiegokolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka?
 NIE TAK
- Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani / Pan* miał bezpośredni kontakt z kimś, kto jest podejrzanym lub zdiagnozowany jako przypadek zakażenia wirusem COVID-19?
 NIE TAK
- Czy zdiagnozowano u Panią / Pana* przypadek zakażenia wirusem COVID-19?
 NIE TAK
- 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
- Biorę udział w zawodach jako :
 osoba zaszczepiona
 odmawiam udzielenia odpowiedzi

Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej*

Zobowiązuję 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:

Koszalin 19 luty 2022 r.
(miejsowość i data złożenia kwestionariusza i oświadczenia) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*)
*niepotrzebne skreślić