

**Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na  
Mikołajkowy Turniej Szachowy w Kołobrzegu**

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

w terminie 6 grudzień 2020 r.,

.....  
(nazwisko i imię zawodnika / kibica)

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** i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej ludzi, wywołanej tym wirusem, oświadczam że:

1. 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.

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

3. 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:**

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 14 dni miała Pani / Pan\* miał bezpośredni 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

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. 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: .....

Kołobrzeg 6. grudzień 2020 r. ....

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

\*niepotrzebne skreślić