**KWESTIONARIUSZ SANITARNY UCZESTNIKÓW ZAWODÓW SPORTOWYCH**

**Świąteczny Festiwal Tenisa Stołowego (Nowy Dwór Mazowiecki, 19 grudnia 2020 roku)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestników \*dane opiekuna należy podkreślić |  |
| Daty urodzenia |  |
| Adres |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

\*Kwestionariusz wypełnia opiekun prawny małoletniego, podając dane dotyczące siebie oraz małoletniego.

**Będziemy brać udział w zawodach sportowych i oświadczam, że**:

1. Wyrażam zgodę na poddanie się zaleceniom, wytycznym i przepisom dotyczącym przestrzegania zasad i procedur bezpieczeństwa w celu zmniejszenie ryzyka zakażenia i rozprzestrzeniania się COVID-19 z bezwzględnym stosowaniem się do wymogów sanitarnych oraz poleceń organizatora i innych osób odpowiedzialnych za bezpieczne przeprowadzenie tych zawodów w tym obowiązujących regulaminów i przepisów wprowadzonych przez podmiot udostępniający obiekt sportowy, urządzenia i sprzęt sportowy wykorzystywany w czasie wydarzenia.
2. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez organizatora i podmiot udostępniający obiekt sportowy, urządzenia i sprzęt sportowy, mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem COVID-19, ryzyko to nadal istnieje.
3. Nie mamy przeciwskazań do uprawiania sportu.
4. Świadomi, treści zapisów punków 1-3 uczestniczymy w zawodach sportowych na własną odpowiedzialność i ryzyko.

Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób uczestniczących w zawodach sportowych, przekazuję odpowiedzi na następujące pytania:

**1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni byli Państwo za granicą?**

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczyli Państwo odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Kraj, z którego nastąpił powrót: ……………………………………………………………

Jak długo trwał pobyt za granicą (liczba dni): …………………………………….

Datę powrotu zza granicy: …………………………………………………………

**2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni byli Państwo pod nadzorem epidemiologicznym - kwarantanną?**

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczyli Państwo odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Jaki okres (liczba dni): …………………………………….

Datę zakończenia okresu: ………………………………..

**3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni mieli Państwo kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie COVID-19?**

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczyli Państwo odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Jakie czynności w związku z tym były podjęte (opisać):………………………………….

Opisać wynik/efekt podjętych czynności: ……………………………………………………..

Czy byli Państwo poddany testowi na obecność wirusa COVID-19 i jaki jest jego wynik: ……………………………………………………

**4. Czy mają Państwo jakiekolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak: podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności lub inne potwierdzone przez służby medyczne?**

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczyli Państwo odpowiedź TAK, proszę wskazać występujące objawy: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Od kiedy (data):……………………………………………….

**Oświadczenie zostało złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oraz odpowiedzialności za nie przestrzeganie przepisów Ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych Dz.U. z 2020 poz. 374 i Rozporządzenia RM w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.**

**Świadoma/y odpowiedzialności oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

*..…….......................................................................................*

(data i podpis osoby składającej oświadczenie-kwestionariusz)

**Uwaga!**

**W przypadku osób nieletnich kwestionariusz wypełnia i podpisuje opiekun prawny.**