**Ankieta zawodnika/trenera/sędziego – Zawody Wielkopolskiego Związku Tenisa Stołowego**

**w związku ze stanem pandemii**

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

**1. Dane osobowe:**

IMIĘ i NAZWISKO:……..................................................................................................

ADRES ZAMIESZKANIA……….....................................................................................

TEL. KONTAKTOWY:…….............................................................................................

**2. Czy miał/a Pani / Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS COV - 19?**

TAK / NIE

Jeśli TAK, to kiedy (data, przedział czasowy) .................................................................

**3. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy (odpowiednie zakreślić):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NIE | TAK | Jeśli TAK - od kiedy - data |
| Temperatura powyżej 38 |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszności |  |  |  |

**Ankieta zawodnika/trenera/sędziego – Zawody Wielkopolskiego Związku Tenisa Stołowego**

**w związku ze stanem pandemii**

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

**1. Dane osobowe:**

IMIĘ i NAZWISKO:……..................................................................................................

ADRES ZAMIESZKANIA……….....................................................................................

TEL. KONTAKTOWY:…….............................................................................................

**2. Czy miał/a Pani / Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS COV - 19?**

TAK / NIE

Jeśli TAK, to kiedy (data, przedział czasowy) .................................................................

**3. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy (odpowiednie zakreślić):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NIE | TAK | Jeśli TAK - od kiedy - data |
| Temperatura powyżej 38 |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszności |  |  |  |