*Załącznik nr 1.*

**Kwestionariusz sanitarny uczestnika zawodów**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Adres |  |
| Numer telefonu / Adres e-mail |  |
| Funkcja | ............................................................................................  (zawodnik, rodzic, trener/wychowawca, obsługa, inne) |

W przypadku zawodnika będącego pod opieką trenera/wychowawcy,

rodzica\*………………………..………………………………………………………………

(nazwisko imię, trenera, wychowawcy, rodzica)

Będę brała/ł\* 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 trenera/wychowawcy i innych osób odpowiedzialnych za bezpieczne przeprowadzenie tych zawodów w tym obowiązujących regulaminów   
   i przepisów wprowadzonych przez podmiot udostępniający miejsce zakwaterowania, wyżywienia, obiekt sportowy, urządzenia i sprzęt sportowy wykorzystywany w czasie szkolenia.
2. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa przez organizatora i podmiot udostępniający miejsce zakwaterowania, wyżywienia, obiekt sportowy, urządzenia i sprzęt sportowy mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem COVID-19, ryzyko to nadal istnieje.
3. Świadomy, treści zapisów punku 1 i 2 uczestniczę 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 była Pani/był Pan za granicą?

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać:

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

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

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni był/a Pani/Pan objęta/y nadzorem epidemiologicznym - kwarantanną?

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać:

Jaki okres (liczba dni): ……………………………………. / Datę zakończenia okresu: …………………

3. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie COVID-19?

□ NIE □ TAK

Jeżeli zaznaczył/a Pani/Pan odpowiedź TAK, proszę wskazać:

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

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

Czy była Pani poddana/był Pan poddany testowi na obecność wirusa COVID-19 i jaki jest jego wynik: …………………………

4. Czy ma Pani/Pan 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 zaznaczył/a Pani/Pan 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)

[1] Zawodnik, trener, wychowawcza, sędzia, obsługa wydarzenia, inne

Appendix 1.