

**Kwestionariusz sanitarny osób przebywających na
Mistrzostwach Dolnego Śląska Juniorów w Szachach**

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

w terminie 17-18. października 2020 r.

.....
(nazwisko i imię zawodnika)

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

1. Rozumiem, że pomimo podjętych środków bezpieczeństwa organizatora Mistrzostw mających na celu ograniczenie ryzyka zakażenia wirusem **COVID-19**, ryzyko to nadal istnieje. Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w Mistrzostwach na własną odpowiedzialność i ryzyko.
2. Wyrażam zgodę na poddanie się wszelkim zasadom bezpieczeństwa oraz rygorom sanitarnym obowiązującym w czasie Mistrzostw, mającym na celu zapobieżenie rozprzestrzeniania się wirusa **COVID-19**.
3. Przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją naruszania lub nieprzestrzegania zasad i rygorów sanitarnych, może być usunięcie z uczestnictwa w Mistrzostwach.

**Mając na względzie potrzebę ochrony zdrowia osób przebywających na Mistrzostwach 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 miał Pan / Pani * 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:

Lubin, 17.10.2020 r.

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

*niepotrzebne skreślić