**ORGANIZATORZY ZAWODÓW :** MKS Iskra Pszczyna, Miejski Ośrodek Rekreacji i Sportu w Pszczynie

**KWITARIUSZ UCZESTNIKA ZAWODÓW:**

22. Turniej Piłki Nożnej Młodzików o Puchar Dyrektora Miejskiego Ośrodka Rekreacji i Sportu w Pszczynie

**Pszczyna, dnia** 30.01.2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWISKO | | IMIE |
|  | DATA URODZENIA | NUMER TEL. |
|  | EMAIL: | KLUB |

1. **Czy masz którykolwiek z następujących objawów:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kaszel ( niezwiązany z alergią lub chorobą płuc ) | TAK | NIE |
| Przekrwienie błony śluzowej nosa ( niezwiązane z alergiami lub infekcją zatok ) | TAK | NIE |
| Ból gardła | TAK | NIE |
| Początek duszności ( niezwiązany z przewlekłą chorobą | TAK | NIE |
| Biegunkę | TAK | NIE |
| Ból brzucha | TAK | NIE |
| Nudności / wymioty | TAK | NIE |
| Zmęczenie / złe samopoczucie | TAK | NIE |
| Utrata smaku , zapachu | TAK | NIE |

1. **Ankieta na COVID-19 (dotyczy ostatnich 2 tygodni)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy mieszkasz lub mieszkałeś z kimś kto był lub jest poddany kwarantannie ? | TAK | NIE |
| Czy byłeś w kontakcie z osobą u której pozytywnie stwierdzono zakażenie COVID-19 ? | TAK | NIE |
| Czy miałeś stwierdzone zakażenie COVID-19 ? | TAK | NIE |
|  | | |

Data…………………………………………………. Podpis /rodzica /opiekuna………………………………………