**ORGANIZATORZY ZAWODÓW : Miejski Ośrodek Rekreacji i Sportu w Pszczynie,
UKS Plesbad Pszczyna**

 **KWITARIUSZ UCZESTNIKA ZAWODÓW**

**Dzień Dziecka z badmintonem**

**Pszczyna, dnia** 01.06.2021

|  |  |
| --- | --- |
|  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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 1. **Oświadczenie uczestnika:**

Niniejszym oświadczam, że w zawodach badmintonowych startuję dobrowolnie, mając świadomość zagrożenia epidemiologicznego. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z wymogami bezpieczeństwa Głównego Inspektora Sanitarnego i zobowiązuję się do ścisłego ich przestrzegania. W przypadku zakażenia wirusem COVID-19 nie będę wnosił żadnych roszczeń w stosunku do organizatorów |

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